【別紙2】

滋賀県喀痰吸引等研修（第三号研修）

実地研修（喀痰吸引第三号研修）における医師の指示書

下記の利用者に対して、指導看護職員がケアを行うこと、また、指導看護職員の指示の下に介護職員等が実地研修を実施することを許可いたします。（実施にあたっては、指示書のとおり実施すること）。

指示期間：　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

（フリガナ） 利用者氏名		性別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日　生　　（　　歳）		

※看護師の指導のもと、介護職員が実施可能な医療的ケアの内容の指示を記載 ※該当するケアに✓を付けてください	指示内容
□ 口腔内のたん吸引	吸引圧（　　）kPa　　カテーテルサイズ（　　）Fr　　挿入の長さ（　　）cm **※介護職員等による痰の吸引は「最大20kPa・咽頭手前まで」が基準であり、基準を超える指示に基づく実施はできません。** その他注意事項
□ 鼻腔内のたん吸引	吸引圧（　　）kPa　　カテーテルサイズ（　　）Fr　　挿入の長さ（　　）cm **※介護職員等による痰の吸引は「最大20kPa・咽頭手前まで」が基準であり、基準を超える指示に基づく実施はできません。** その他注意事項
□ 気管カニューレ内部のたん吸引	気管カニューレサイズ　外径（　　）mm　長さ（　　）mm 吸引圧（　　）kPa　　カテーテルサイズ（　　）Fr 挿入の長さ（　　）cm　　吸引時間（　　）秒以内 **※介護職員等による痰の吸引は、「最大(20)kPa・カニューレ先端まで・吸引時間10秒以内」が基準であり、基準を超える指示に基づく実施はできません。** その他注意事項
□ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	【経管の種類】　胃瘻　・　腸瘻　【 ボタン型 ・ チューブ型 】 サイズ（　　）Fr　（　　）cm 注入内容、量、時間 **例（○時、○を、○ml、1時間○mlで）** その他注意事項
□ 経鼻経管栄養	【経管の種類】　経鼻-胃　・　経鼻-腸　サイズ（　　）Fr　（　　）cm固定 サイズ（　　）Fr　（　　）cm固定 注入内容、量、時間 **例（○時、○を、○ml、1時間○mlで）** その他注意事項
特記事項	
介護職員等所属先・氏名	
指導看護職員所属先・氏名	

令和　　年　　月　　日

【所 属】
【住 所】
【電 話】
【医師氏名】　　㊞

事業者代表者 様