（別添様式４）

**介護職員等喀痰吸引等指示書**

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | | 事業者種別 | |  | | | | | |
| 事業者名称 | |  | | | | | |
| 対象者 | 氏名 |  | | | 生年月日 | | | 明・大・昭・平・令　　　年　　月　　日 | |
| （　　　　歳） | |
| 住所 | 電話（　　　　　）　　　　－ | | | | | | | |
| 要介護認定区分 | 要支援（　１　２　）　要介護（　１　２　３　４　５　） | | | | | | | |
| 障害程度区分 | 区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６ | | | | | | | |
| 主たる疾患（障害）名 |  | | | | |  | |  |
| 実施行為種別 | | 口腔内の喀痰吸引　・　鼻腔内の喀痰吸引　・　気管カニューレ内部の喀痰吸引  胃ろうによる経管栄養　・　腸ろうによる経管栄養　・経鼻経管栄養 | | | | | | | |
| 指示内容 | 具体的な指示内容 | | | | | | | | |
| 喀痰吸引等指示書（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む） | | | | | | | | |
| 経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む） | | | | | | | | |
| その他留意事項（介護職員等） | |  | | | | | | |
| その他留意事項（看護職員） | |  | | | | | | |
| (参考)使用医療機器等 | | 1．経鼻胃管 | | | | サイズ：　　　　Fr、種類： | | | |
| 2．胃ろう・腸ろうカテーテル | | | | 種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：　　　Fr、　　　㎝ | | | |
| 3．吸引器 | | | |  | | | |
| 4．人工呼吸器 | | | | 種類： | | | |
| 5．気管カニューレ | | | | サイズ：外径　　　㎜、長さ　　　㎜ | | | |
| 6．その他 | | | |  | | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対応法 | | | | | | | | | |

※1．「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。

　2．「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に〇を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 機関名  住所  電話  （FAX）  医師氏名 |

事業者の長　　　殿