（別紙様式34）

**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　（令和　　　　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 | 具体的な提供内容 | | | | | | |
| 喀痰吸引　（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、　　　　ｃｍ |
| 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　　　　　　　ｍｍ、　長さ　　　　　　　ｍｍ |
| 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。

令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

機関名

住所

電話

（FAX）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　　　殿