

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(平成 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	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			機種:		
	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○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。

平成 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

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (平成24年7月1日～24年7月31日)

事業者		事業者種別					
		事業者名称					
対象者	氏名	A様	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (80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	⑤ 区分5	区分6
	主たる疾患(障害)名						
実施行為種別		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 吸引圧 150 mmHg <input type="checkbox"/> 口・鼻の吸引時間：15秒以内 (右の鼻腔は出血しやすいので注意する) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部：吸引時間 10秒以内						
	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)	高齢の方で耳が遠いので、ゆっくり説明して下さい					
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	小型吸引器 3WAY-750(ブルークロス) 吸引チューブ { 口・鼻：14Fr、40 cm 気管カニューレ内部：12Fr、50 cm					
	4. 人工呼吸器	機種：					
	⑤ 気管カニューレ	サイズ：外径 11.0mm、長さ A28 mm、B8 mm、C40mm (θ 90°)					
	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○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。

平成 24年 7月 1日
 機関名 能率クリニック
 住所 ○○市 ○○町 1-2-3
 電話 ×××-×××
 (FAX) ×××-×××
 医師氏名 能率 太郎 印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (平成24年7月1日～24年7月31日)

事業者		事業者種別		
		事業者名称		
対象者	氏名	B様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (69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 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) E液 300mlを2時間で注入 朝8:00、昼13:00、夕19:00			
	その他留意事項 (介護職員等)	注入時のむせこみに注意する		
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: 20 _____ Fr、_____ cm		
	3. 吸引器	(エクステンションチューブ付)		
	4. 人工呼吸器	機種:		
	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○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。

平成 24年 7月 1日

機関名 能率クリニック
 住所 ○○市 ○○町 1-2-3
 電話 ×××-×××
 (FAX) ×××-×××

医師氏名 能率 太郎 印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (平成24年7月1日～24年7月31日)

事業者		事業者種別	
		事業者名称	
対象者	氏名	C様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (71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) E液 300mlを2時間で注入 朝8:00、昼13:00、夕19:00		
	その他留意事項 (介護職員等)	注入時のむせこみに注意する	
	その他留意事項 (看護職員)	胃内に経鼻経管チューブが挿入されている事を確認する	
(参考) 使用医療機器等	① 経鼻胃管	サイズ: 14Fr	種類: カテーテルターバー接続型
	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	機種:	
	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○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。

平成 24年 7月 1日
 機関名 能率クリニック
 住所 ○○市 ○○町1-2-3
 電話 ×××-×××
 (FAX) ×××-×××
 医師氏名 能率 太郎 印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿