（京都府医師会　様式２－1）

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。

また本人に関係する登録喀痰吸引等事業者に限り本指示書をコピー使用することを許可する。

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | 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 | | | | | |

※｢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。

**（京都府医師会　様式２－２）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者　１ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　２ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　３ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　４ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　５ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　６ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　７ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　８ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　９ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　１０ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　１１ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　１２ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　１３ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　１４ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |
| 事業者　１５ | 事業者種別 |  |
| 事業者名称 |  |

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

上記のとおり、指示いたします。

機関名

住所

電話

（FAX）

年 月 日

医師氏名 印

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長） 殿