

(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。

年 月 日

機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿