

(京都府医師会 様式 1)

喀痰吸引等研修（第 3 号研修）の実地研修に係る指示書

上記のとおり指示する。本指示書の有効期間は発行日から研修終了日までとする。

対 象 者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
現在の状況について	主たる傷病名	
	必要な医療的ケア	☐ 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	上記の必要な医療的ケアを、指導看護師等の指導の下、 介護職員等が行うことについて (可 ・ 否)	
特記事項		

ただし、病状の変化等により指示の変更が必要となる場合は改めて指示を行う。

(事業所名	) 指導看護師	様
(事業所名	) 指導看護師	様
(事業所名	) 指導看護師	様

年 月 日
医療機関名
所在地
電話
医師氏名

㊞