

介護職員等喀痰吸引等研修指示書(記入例)

標記の件について、下記のとおり指示いたします。 指示書の有効期限に注意してください(6ヶ月)

指示期間(平成 26年 4月 1日~ 26年 9月 30日)

事業者		事業者種別	〇〇〇				
		事業者名称	△△△				
対象者	氏名	A 様		(生年月日) 明・大・昭・平 年 月 日 (85)歳			
	住所	〒 - TEL:					
	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		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 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20kPa 吸引時間: 痰貯留時、10~15秒以内 カテーテル挿入の目安 口腔〇cm、鼻腔〇cm 注意事項: 喀痰の性状の観察 演習時は口腔10cm、鼻腔12cmを目安にしていますが、対象者に合った数値を記入してください。						
	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) ラコール100mlを30分かけて注入して下さい。50滴/分 (6時、12時、18時) 注入後白湯30mlをフラッシュ(用手注入) 注意事項: 胃ろう部の漏れ、嘔気・嘔吐の観察 滴下数も記入してください。						
	その他留意事項(介護職員等)		異変時は、速やかに担当看護師に報告すること				
その他留意事項(看護職員等)		胃ろうカテーテルを適宜観察すること					
(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: <input checked="" type="checkbox"/> ボタン型・チューブ型、サイズ型 ____Fr、 ____cm					
	3.吸引器	エマジン小型吸引器3WAY-750					
	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、指導看護師の指導の下、介護職が行うこと指示いたします。

平成 26 年 4 月 1 日

機関名 〇〇クリニック

住所 × × × ×

電話 〇〇〇-〇〇〇〇

FAX 〇〇〇-〇〇〇〇

医師氏名 AB C

印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長

指導看護師所属事業所の

殿