

(様式1)

業務方法書に規定した決裁(承認)ルートとしてください。

管理者			担当者

事業所種別等、事前に記載できる内容は記載してください。

### 喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

事業者		事業者種別	特別養護老人ホーム					
		事業者名称	特別養護老人ホーム福岡県庁					
対象者	氏名	生年月日		実施する行為以外は削除してください。				
	住所	電話 ( ) -						
	要介護認定区分	要支援 ( 1 2 )	要介護 ( 1 2		4 5 )			
	障害支援区分	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						
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(介護福祉士等)							
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、障害者総合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「障害支援区分」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。

特別養護老人ホーム福岡県庁施設長 殿

年 月 日

機関名  
住所  
電話  
(FAX)

医師氏名

