

(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

### 喀痰吸引等指示書

記載できる内容は記載しておいてください。

標記の件について、下記のとお

をします。

指示期間（平成 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		明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	住所	電話 ( ) -		
	要介護認定区分	要支援 ( 1 2 )	要介護 ( 1 )	実施する行為だけに修正してください。
	障害支援区分	区分1	区分2	
	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	機種 :		
	4. 人工呼吸器	サイズ :		
	5. 気管カニューレ	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」による事業の種別を記載すること。

2. 「要  
し、記載できる内容は記載しておいてください。」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付

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

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

