

指示書記載例

介護職員等喀痰吸引等実地研修 指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

最長で6か月間

指示期間 (平成25年4月1日～25年9月30日)

事業者 (受講者)		事業者種別	訪問介護				
		事業者名称	訪問介護ステーション〇〇				
対象者	氏名	〇〇 〇〇 様	生年月日	明・大・昭・平 10年10月10日 (77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		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 吸引圧 150 mm Hg <input checked="" type="checkbox"/> 口・鼻の吸引時間: 15秒以内 (右の鼻腔は出血しやすいので注意する) <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部: 吸引時間 10秒以内						
	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) E液 300ml を2時間で注入 朝 8:00、昼 13:00、夕 19:00						
	その他留意事項 (介護職員等)	注入時のむせこみに注意する					
	その他留意事項 (看護職員)	胃内に経鼻経管チューブが挿入されている事を確認する					
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ: _____ Fr、種類: _____					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: <input checked="" type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> チューブ型、サイズ: 20 Fr、_____ cm					
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 吸引器	小型吸引器3WAY-750(ブルークロス) 吸引チューブ 口・鼻: 14Fr、40 cm					
	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○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。

平成 年 月 日

機関名 〇〇クリニック

住所 〇〇市××区…

電話 △△△-△△△…

(FAX)

医師氏名 千葉県 太郎 印

〇〇訪問看護ステーション 代表 △△ △△ 殿