

# 介護職員等による喀痰吸引等研修（第二号研修）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。

指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

事業者		事業者種別			
		事業者名称			
対象者	氏名	様		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 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 特定行為欄に☑を記入		<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう腸ろうによる経管栄養(滴下型) <input type="checkbox"/> 胃ろう腸ろうによる経管栄養(半固形の栄養剤) <input type="checkbox"/> 経鼻経			
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（介護職員等）				
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:			型
	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、障害者自立支援法等による事業の種別を記載する事。  
 2. 「要介護認定区分」または「障害者程度区分」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。

令和 年 月 日

機関名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 ( ) \_\_\_\_\_  
 (FAX) ( ) \_\_\_\_\_

(登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長)  
 事業所名 \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 殿