（別紙様式３４）

介護職員等喀痰吸引等指示書

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	短期入所生活介護
		事業者名称	ショートステイなじょも
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		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　・　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）		
	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：カテーテルテーパー接続型	
	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	（エクステンションチューブ付）	
	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。

令和　　年　　月　　日

機関名

住所

電話

（FAX）

医師氏名　　印