（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（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

事業者		事業者種別		
		事業者名称		
対象者	氏名			生年月日　明・大・昭・平・令　　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:	
		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。

年　　月　　日

機関名
住所
電話
（FAX）
医師氏名　　印

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　　殿