

介護職員等喀痰吸引等指示書 (事業所宛)

(別紙 1)

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (平成 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 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	機種 :		
	4. 人工呼吸器			
	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
住所
電話
(FAX)

医師氏名



喀痰吸引等業務（特定行為業務）の提供に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

喀痰吸引等（特定行為） の種別	1	口腔内の喀痰吸引	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	2	鼻腔内の喀痰吸引	5	経鼻経管栄養
	3	気管カニューレ内部の 喀痰吸引		
提供を受ける期間	当事業所との契約が終了するまで			
提供を受ける頻度	毎日			
提 供 体 制	事業所名称			
	事業所責任者氏名			
	提供を行う介護者 氏名（連名可）			
	担当看護職員氏名			
	担当医師氏名			

同意日 年 月 日

住 所
氏 名 印

署名代行者

私は、本人の意思を確認し署名代行いたしました。

代行者住所
代行者氏名 印
本人との関係

事業所名
事業所住所
代表者名 印

実地研修 実施計画書

指導看護師氏名		指導看護師の 所属事業所名		
受講者の 受付番号		受講者氏名		
受講者の 所属事業所名				
利用者氏名				
実地研修内容 ※実地研修を受ける 特定行為の番号に○ をしてください。	1	口腔内の喀痰吸引	4	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	2	鼻腔内の喀痰吸引	5	経鼻経管栄養
	3	気管カニューレ内部の喀痰吸引		

実地研修 実施日時		実地研修内容・回数	
※実施日を記入 4 / 1	10:00	※例えば、実地研修の内容が胃ろうの場合、該当する番号を記入してください。 4	(1 回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)
/	:		(回目)

※この計画書は、1人の受講者が1人の利用者に対する特定行為の実地計画書です。

※受講者が複数の利用者を対象に特定行為の実地研修を行なう場合には、利用者ごとに作成してください。

喀痰吸引等研修 実地研修 実施機関承諾書

年 月 日

特定非営利活動法人 ポムハウス 殿

訪問看護ステーション名

(看護師個人の場合は、記入の必要なし)

所在地

(看護師個人の場合は、住所)

代表者名 印

(看護師個人の場合は、氏名と印)

下記は、特定非営利活動法人ポムハウス（登録研修機関）が実施する喀痰吸引等研修において、実地研修として研修受講者を受け入れることを承諾いたします。なお、実地研修を行う正看護師は、指導者養成研修を受講、または、「介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）研修の指導者マニュアル」で自己学習をしています。また、実地研修の謝金については、受講者の所属する事業所と相談の上、事業所から直接受領いたします。

訪問看護 ステーション (看護師個人の場合は、 記入の必要なし)	名前	
	設置年月日	
	法人名	
責任者名	(看護師個人の氏名)	
電話番号		
研修受講者	受入開始時期	年 月
研修受講者名	全員の名前をお書きください	

※ 指導者養成研修を受講された場合は、指導者養成研修修了証明書のコピーを添付してください。

※ 指導者養成研修修了証明書が無い場合は、看護師免許証のコピーを添付してください。