

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	年	月 日	
	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。

年 月 日

機関名
住所
電話
(FAX)

医師氏名