

介護職員等喀痰吸引等指示書

平成24年度 喀痰吸引等指導者講習  
喀痰吸引等研修・各論Ⅲ  
(喀痰吸引実施手順解説②、喀痰吸引演習)

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24年7月1日～24年7月31日)

事業者		事業者種別					
		事業者名称					
対象者	氏名	A様	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 80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		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 吸引圧 150 mm Hg <input checked="" type="checkbox"/> 口・鼻の吸引時間：15秒以内 (右の鼻腔は出血しやすいので注意する) <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部：吸引時間10秒以内						
	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)	高齢の方で耳が遠いので、ゆっくり説明して下さい					
	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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 吸引器	小型吸引器 3WAY-750(ブルークロス) 吸引チューブ <input checked="" type="checkbox"/> 口・鼻：14Fr、40cm <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部：12Fr、50cm					
	4. 人工呼吸器	機種：					
	<input checked="" type="checkbox"/> 5. 気管カニューレ	サイズ：外径 11.0mm、長さ A28mm、B8mm、C40mm (θ90°)					
	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 24年 7月 1日  
 機関名 能率クリニック  
 住所 ○○市 ○○町1-2-3  
 電話 ×××-×××  
 (FAX) ×××-×××  
 医師氏名 能率 太郎 印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

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24年7月1日～24年7月31日)

事業者		事業者種別					
		事業者名称					
対象者	氏名	B様	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (69歳)		
	住所						
	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) E液 300mlを2時間で注入 朝8:00、昼13:00、夕19:00						
	その他留意事項 (介護職員等)	注入時のむせこみに注意する					
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 <b>ボタン型</b> ・チューブ型、サイズ: <b>20</b> 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、空欄に必要な事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 24年 7月 1日

機関名 **能率クリニック**

住所 **〇〇市 〇〇町 1-2-3**

電話 **×××-×××**

(FAX) **×××-×××**

医師氏名 **能率 太郎** 印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿

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24年7月1日～24年7月31日)

事業者		事業者種別					
		事業者名称					
対象者	氏名	C様	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (71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 <b>経鼻経管栄養</b>					
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) <b>E液 300mlを2時間で注入</b> <b>朝8:00、昼13:00、夕19:00</b>						
	その他留意事項 (介護職員等)	<b>注入時のむせこみに注意する</b>					
	その他留意事項 (看護職員)	<b>胃内に経鼻経管チューブが挿入されている事を確認する</b>					
(参考) 使用医療機器等	① 経鼻胃管	サイズ :	14Fr	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						
	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。

平成 24年 7月 1日  
 機関名 **能率クリニック**  
 住所 **〇〇市 〇〇町 1-2-3**  
 電話 **×××-×××**  
 (FAX) **×××-×××**  
 医師氏名 **能率 太郎** 印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿