

No１８

主治医指示書(認定特定行為従事者実地指導承認書)

指導者所属施設･事業所名　　　　　　　　　　　指導者名（複数記入可）

　喀痰吸引等研修事業における実地研修として、下記の利用者に対して、指導者の指導の下、

下記保育士・介護士等が下記の医療的ケアを実施することを承認します。

記

１　利用者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　様

２　研修受講者所属施設事業所名　　　　　　　　　保育士・介護士等名（複数記入可）

３．指示事項

　　□　口腔内の吸引　　　　　　　　　　　　　　　□　鼻腔内の吸引

　　□　気管カニューレ内の吸引　　　　　　　　　　□　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

４．指示内容

□鼻、口からの吸引

　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下

　　鼻からの挿入の長さ(　　　　)cm　口からの挿入の長さ(　　　　)cm

　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※持続吸引について　吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr. 　吸引圧(　　　　)cmH2O

　部位（鼻・口）　挿入の長さ（　　　　）cm　　注意点など（ 　　　 　）

□気管カニューレからの吸引（または気管内吸引）

　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下

カニューレ入り口からの挿入の長さ（　　　　）cm

　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□経管栄養

□食事の注入

　　　内容

□栄養剤等の注入

　　　内容

食事・栄養剤共通事項

　　　注入量について　１回量（　　　　　　　　）ml　　　１日トータル量（　　　　　　　　　）ml

　　　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

注入時間　　注入速度（　　　分～　　　　分）注入方法　□イリガートル □シリンジ □その他

　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 事業所等が主治医へ依頼→主治医記入→事業所原本保管→写しを（株）スペースなるに提出  （費用負担は申込み事業所） |