**国立市　No7-1　　　　　　　　　　介護職員（保育士）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（令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | | | 事業者種別 | | 保育園　幼稚園　など | | |
| 事業者名称 | |  | | |
| 対象者 | | 氏名 |  | | | 生年月日　平成・令和　　年　　月　　日  （　　　歳） | |
| 住所 | 電話（　　　　）　　－ | | | | |
| 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）  □介護職員（保育士）等喀痰吸引等指示書別紙に詳細記入 | | | | | | |
| 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）  □介護職員（保育士）等喀痰吸引等指示書別紙に詳細記入 | | | | | | |
| その他留意事項（保育士等） | | |  | | | |
| その他留意事項（看護師等） | | |  | | | |
| （参考）使用医療機器等  □別紙詳細記入 | | | 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 | | | | | | | | |

上記のとおり、指示いたします。

令和　　年　　月　　日

機関名

住所

電話

（FAX）

医師氏名

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　　殿