

「実地研修実施に係る医師の指示書」発行依頼書

医師

殿

介護事業所名 _____

看護師事業所名 _____

指導看護師名 _____

介護職員等の喀痰吸引等の実地研修を実施予定です。
「実地研修実施に係る医師の指示書」の発行をお願い申し上げます。

対象者: _____

指示期間:(年 月 日 ~ 年 月 日)

ご参考まで、ご協力いただく対象者に実施予定の喀痰吸引等内容は下記のとおりです。

- 実施行為種別 :
- 口腔内の喀痰吸引
 - 胃ろうによる経管栄養(滴下)
 - 鼻腔内の喀痰吸引
 - 胃ろうによる経管栄養(半固形)
 - 気管カニューレ内部の喀痰吸引
 - 腸ろうによる経管栄養
 - 経鼻経管栄養

※下記枠内は指導看護師がご記入ください

喀痰吸引	<p>■吸引圧 : ()kPa または ()mmHg</p> <p>■吸引時間 : 口腔内・鼻腔内()秒以内 気管カニューレ内部()秒以内</p> <p>■吸引チューブ挿入の長さ: 咽頭手前まで(口腔内)cm以内、(鼻腔内)cm以内 気管カニューレ内部の長さ()cm以内</p> <p>■吸引チューブ : ()Fr <input type="checkbox"/> メラ唾液持続吸引チューブ</p> <p>■気管カニューレ : <input type="checkbox"/> 標準型気管カニューレ <input type="checkbox"/> レティナカニューレ</p> <p>■人工呼吸器 : <input type="checkbox"/> 装着なし <input type="checkbox"/> 装着あり</p> <p>注意事項: ()</p>
経管栄養	<p>■胃ろうカテーテルの種類 : <input type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> チューブ型</p> <p>■栄養剤: <input type="checkbox"/> 滴下; 栄養剤名() <input type="checkbox"/> 半固形; 栄養剤名()</p> <p>■クレンメ操作による滴下速度調整 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>■半固形方法: <input type="checkbox"/> 電動ポンプ <input type="checkbox"/> 加圧バッグ <input type="checkbox"/> カテーテルチップシリンジ <input type="checkbox"/> スクイーザ <input type="checkbox"/> 手</p> <p>■栄養剤投与: <input type="checkbox"/> 朝(cc/ 分) <input type="checkbox"/> 昼(cc/ 分) <input type="checkbox"/> 夕(cc/ 分)</p> <p>■栄養剤以外水分投与方法: <input type="checkbox"/> 滴下(クレンメ操作 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> カテーテルチップシリンジ <input type="checkbox"/> 半固形</p> <p>■栄養剤以外水分: <input type="checkbox"/> 栄養剤前 <input type="checkbox"/> 栄養剤後 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>■上記投与量: <input type="checkbox"/> 朝(cc/ 分) <input type="checkbox"/> 昼(cc/ 分) <input type="checkbox"/> 夕(cc/ 分)</p> <p>■注入終了後の白湯注入量: ()cc <input type="checkbox"/> その他(cc/ 分)</p> <p>注意事項: ()</p>

注意: 介護職員が出来る医療行為に該当せず法令違反となるため介護職員が出来ない事

- ・咽頭手前以上奥の吸引
- ・ミニトラックの吸引
- ・永久気管孔の吸引
- ・カフアシスト装着者の吸引
- ・PTEG
- ・薬の注入
- ・経管栄養での吸引によるガス抜き

記入見本

実地研修の実施に係る指示書

対象者	(ふりがな) 氏名	(ふくし たろう) 福祉 太郎 様	(イニシャル) F.T	生年月日 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日 (〇 歳)
	主たる疾患(障害)名 ALS			
指示期間 ※実地研修に必要な期間 (約2ヶ月)		〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日～〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日		
実施行為種別 該当する□にレ		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養(滴下) <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養(半固形) <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
指示内容(必要事項はすべて記入・☑してください)	具体的な提供内容			
	喀痰吸引	※介護職員はカフアシスト装着者に対する喀痰吸引はできません。 ■吸引圧:(20)kPa 又は()mmHg ■吸引時間:口腔内・鼻腔内(15)秒以内 気管カニューレ内部(10)秒以内 ■吸引チューブ挿入の長さ:咽頭手前まで(口腔内 8)、(鼻腔内 10) cm以内 気管カニューレ内部の長さ(10)cm以内 ■吸引チューブ:(12)Fr <input type="checkbox"/> メラ唾液持続吸引チューブ ■気管カニューレ: <input checked="" type="checkbox"/> 標準型気管カニューレ <input type="checkbox"/> レティナカニューレ ■人工呼吸器: <input checked="" type="checkbox"/> 装着なし <input type="checkbox"/> 装着あり 注意事項:()		
		経管栄養	※介護職員は薬の注入はできません。※経管栄養の実地研修は原則、栄養剤で実施して下さい。 ■胃ろうカテーテルの種類 <input checked="" type="checkbox"/> ボタン型 <input type="checkbox"/> チューブ型 ■栄養剤: <input checked="" type="checkbox"/> 滴下:栄養剤名(E液) <input type="checkbox"/> 半固形 :栄養剤名() ■クレンメ操作による滴下速度調整: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ■半固形方法 <input type="checkbox"/> 電動ポンプ <input type="checkbox"/> 加圧バッグ <input type="checkbox"/> カテーテルチップシリンジ <input type="checkbox"/> スクイーズ <input type="checkbox"/> 手 ■栄養剤投与量: <input checked="" type="checkbox"/> 朝(300 cc/60分) <input checked="" type="checkbox"/> 昼(300 cc/60分) <input checked="" type="checkbox"/> 夕(300 cc/60分) ■栄養剤以外水分投与方法: <input type="checkbox"/> 滴下(クレンメ操作 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> カテーテルチップシリンジ <input type="checkbox"/> 半固形 ■栄養剤以外水分: <input type="checkbox"/> 栄養剤前 <input type="checkbox"/> 栄養剤後 <input type="checkbox"/> その他() ■上記投与量: <input type="checkbox"/> 朝(cc/ 分) <input type="checkbox"/> 昼(cc/ 分) <input type="checkbox"/> 夕(cc/ 分) ■注入終了後の白湯注入量:(30)cc <input type="checkbox"/> その他(cc/ 分) 注意事項:()	
その他留意事項(介護職員等) 高齢の方で耳が遠いので、ゆっくり説明してください。 右鼻腔、出血しやすいので注意してください。				
緊急時の連絡先 不在時の対応法		この欄への記入は原則、研修生1名のみ。同じ対象者で複数の研修生が実施する場合、各研修生に対する指示期間・実施行為種別・指示内容が同一の時のみ連名可		

上記の

指導者の所属事業所名を記入

事業所名

下、 介護職員 兵庫 愛 が行うことを指示いたします。

指示期間初日以前の日

日

指導看護師

様

医療機関名

住所

電話

医師氏名



担当看護師責任者又は担当看護師
全員の氏名を記入

