

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

こちらは6か月までになります

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

事業者		事業者種別	特別支援学校		
		事業者名称	宮城県立〇〇支援学校		
対象者	氏名	〇〇 〇〇	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)
	住所	宮城県仙台市〇〇 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	脳性まひ	てんかん	呼吸障害	
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 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 ・ <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 mmHg <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) エンシェア250mlを90分で注入 昼12:00				
	その他留意事項 (介護職員等)	注入時のおせこみに注意する			
その他留意事項 (看護職員)	胃内に経管栄養チューブが挿入されていることを確認する。				
(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。

平成 年 月 日

機関名  
住所  
電話  
(FAX)

医師氏名



宮城県立〇〇支援学校長 殿