**介護職員等による喀痰吸引等の医師指示書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）利用者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 |
|  |  |
| 看護師の指導の下、介護職員が実施可能なケア（□にレ点を付けてください。） | □　口腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引□　鼻腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引□　気管カニューレ内部のたん吸引□　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 | ※　たんの吸引については、吸引圧、カテーテルサイズ、挿入の長さ等を指示してください。※　経管栄養については、経管栄養剤の種類、注入する量、温度、注入時間、注入開始時間等を指示してください。 |
| 　留意事項 | ＊上記の指示内容その他留意すべき事項について記入してください。 |

上記の利用者に対して、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して上記の医療的ケアを実施することを承諾します。

平成　　年　　月　　日

　事業所等名　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名