鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）
主治医指示書

　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 |  | 年　齢 |  |
| 主たる疾患（障害）名 |  |

別紙実地研修実施要領を踏まえ，上記の者に係る研修について，指導看護師等に対し，

下記のとおり指示します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| 担当医師名 |  |

研修受講生

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所等名 |  |
| 氏名 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指示期間 | 　　　　年　　月　　日　～ | 　　　　年　　月　　日 |
| 特定の行為の種類 | □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□胃ろう又は腸ろうによる経管栄養滴下□胃ろう又は腸ろうによる経管栄養半固形□経鼻経管栄養 |
| 特定行為に係る指示 |  |
| (参考)使用医療機器等 | 1.経鼻胃管 | ｻｲｽﾞ：(　 )Fr.　　挿入の長さ 　cm |
| 2.胃ろう・腸ろうｶﾃｰﾃﾙ | 種類：ﾎﾞﾀﾝ型・ﾁｭｰﾌﾞ型，ｻｲｽﾞ：(　 )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 |  |
| 連携医療機関等 | 研修受講者（事業者）がたんの吸引等を行うに当たり，連携体制をとる医療機関（主な診療科目を含む），訪問看護ステーション等について記入してください。 |
| その他 |  |