

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	サイズ：()Fr. 挿入の長さ cm
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ボック型・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	
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		