

(参考様式)

平成23年度介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業
京都府研修(特定の者対象)の実施に係る指示書

| | | |
|---------------|--|---|
| 対象者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日(歳) |
| 現在の状況 について | 主たる傷病名 | |
| | 必要な医療的 ケア | <input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input 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"/> 腸ろうによる経管影響 <input type="checkbox"/> 経鼻管栄養 |
| 指示内容 | [例] 上記の必要な医療的ケアを、指導看護師等の指導の下、 介護職員等が行うことについて (可 ・ 否) | |
| 指示期間 | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | |
| 特記事項 | | |

上記のとおり指示します。

(事業所名) 指導看護師 様
(事業所名) 指導看護師 様
(事業所名) 指導看護師 様

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
(電話)
医師氏名

)
印