

(様式3)

同意書

年 月 日

(施設長又は事業所長)

氏名： _____ 様

住所： _____

(対象となる利用者)

氏名： _____ 印

私は、貴施設（または事業所）において介護職員によるたんの吸引等の事業に協力することに同意いたします。

なお、先に説明があった介護職員による下記のケア（チェック有）の実施について同意いたします。

- 口腔内のたんの吸引
- 鼻腔内のたんの吸引
- 気管カニューレ内部のたんの吸引
- 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 経鼻経管栄養

代理人・代筆者氏名： _____ 印（本人との続柄： _____ ）

※対象となる方が署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。

※ この同意書は施設（又は介護事業所）側で保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者もそれぞれの同意書の写しを保管することが望まれます。

(様式4)

喀痰吸引等研修（第3号研修）実地研修の実施に係る指示書

対象者	氏名	
	住所	
	生年月日	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"/> 経鼻経管栄養
指示内容	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)	
特記事項		

上記のとおり指示する。本指示書の有効期間は発行日から研修終了日までとする。ただし、病状の変化等により指示の変更が必要となる場合は改めて指示を行う。

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

20 年 月 日

医療機関名
所在地
(電話)
医師氏名 (印)