

(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)