

令和5年度 佐賀県喀痰吸引等研修 第三号研修

実地研修（特定の者対象）における医師の指示書

下記の利用者に対して、指導看護師の指示の下に介護職員等が
実地研修を実施することを許可いたします。
実施にあたっては、指示書のとおり実施すること。

（指示期間：実地研修終了まで）

（フリガナ） 利用者氏名		ナベシマ タロウ 鍋島 太郎		性別	男・女
生年月日		大正 昭和 平成 56年 5月5日生（41歳）			
看護師の指導の下、 介護職員が実施可能なケア ※該当するケアに✓を付けてください。		指 示 内 容			
<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引 （咽頭の手前まで）		吸引圧 20kPa以下 カテテルサイズ 14Fr 挿入の長さ 8cm その他 痰の付着が多い為、口腔ケア後に行う			
<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引 （咽頭の手前まで）		吸引圧 20kPa以下 カテテルサイズ 12Fr 挿入の長さ 10cm その他 本人の鼻～耳までの距離を目安とする			
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の たん吸引		吸引圧 カテテルサイズ 挿入の長さ その他			
<input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養		経管栄養剤の種類 エンシュア・リキッド 注入量 400ml/回 注入温度 常温 注入時間 2時間 開始時間 10時・17時 その他			
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		経管栄養剤の種類 注入量 注入温度 注入時間 開始時間 その他			
特記事項		体位がずれると嘔吐誘発される為、姿勢に注意すること。			
介護職員等	所属	〇〇事業所			
	氏 名 ※複数名記入可。	介護職員名1、介護職員名2、介護職員名3			
指導看護師	所属	〇〇事業所			
	氏 名 ※複数名記入可。	看護師名1、看護師名2			

令和5年 8月 1日

所 属 〇〇医院
住 所 佐賀県佐賀市〇〇町〇〇
電 話 0952-xxx-xxxx
医師氏名 鍋島 太郎

事業者代表者 様

