

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 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
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 カテーテルサイズ 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 カテーテルサイズ 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 カテーテルサイズ 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	○○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	○○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 ○○医院
 住 所 佐賀県佐賀市○○町○○
 電 話 0952-xxx-xxxx
 医師氏名 鍋島 太郎

事業者代表者 様

