

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				性別	男・女
生年月日		大正・昭和 年 月 日生 (歳) 平成・令和			
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			
☐ 口腔内のたん吸引 (咽頭の手前まで)		吸引圧 挿入の長さ その他 カテーテルサイズ			
☐ 鼻腔内のたん吸引 (咽頭の手前まで)		吸引圧 挿入の長さ その他 カテーテルサイズ			
☐ 気管カニューレ内部の たん吸引		吸引圧 挿入の長さ その他 カテーテルサイズ			
☐ 胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養		経管栄養剤の種類 注入量 注入時間 その他 注入温度 開始時間			
☐ 経鼻経管栄養		経管栄養剤の種類 注入量 注入時間 その他 注入温度 開始時間			
特記事項					
介護職員等	所属				
	氏 名 ※複数名記入可。				
指導看護師	所属				
	氏 名 ※複数名記入可。				

年 月 日

所 属
住 所
電 話
医師氏名

事業者代表者 様