

令和6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
		平成・令和	日生	（ 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 type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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		
<input 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 注入量 注入時間 その他 注入温度 開始時間		
<input type="checkbox"/> 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