別記第６号様式

**介護職員等喀痰吸引等指示書**

指示期間（　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | | | 事業者種別 | | その他（道立学校） | | | | |
| 事業者名称 | | 北海道　　　　　　　　学校 | | | | |
| 対象者 | | 氏名（学部等）  生年月日･性別 | （　　　　部　　　年　） | | | | | 年　　月　　日生（　　歳） ・ 性別（　　） | |
| 住　　　　所 | 電話（　　　　）　　－ | | | | | | |
| 主たる疾患(障害)名 |  | | | |  | |  |
| 実施行為種別 | | | 口腔内の喀痰吸引　・　鼻腔内の喀痰吸引　・　気管カニューレ内部の喀痰吸引  胃ろうによる経管栄養　・　腸ろうによる経管栄養　・　経鼻経管栄養 | | | | | | |
| 指示内容 | 具体的な提供内容 | | | | | | | | |
| 喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む） | | | | | | | | |
| 経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む） | | | | | | | | |
| その他留意事項（介護職員等） | | |  | | | | | |
| その他留意事項（看護職員） | | |  | | | | | |
| （参考）使用医療機器等 | | | 1．経鼻胃管 | | | サイズ：　　　　Fr、種類： | | | |
| 2．胃ろう・腸ろうカテーテル | | | 種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：　　　　　Fr、　　　　cm | | | |
| 3．吸引器 | | |  | | | |
| 4．人工呼吸器 | | | 機種： | | | |
| 5．気管カニューレ | | | サイズ：外径　　　mm、長さ　　　mm | | | |
| 6．その他 | | |  | | | |
| 緊急時の連絡先(℡)  不在時の対応法 | | | | | | | | | |

※　｢実施行為種別｣または「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示します。

　　年　　月　　日

医療機関名

住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（FAX）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主　治　医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

北海道　　　　　　　学校長　様

医療的ケア看護職員　様