

(医師指示書)

介護職員等によるたんの吸引等実施のための第 3 号研修

実地研修「指示書」

下記の利用者に対して、指導看護師等の指導のもとに、介護職員等が実地研修を実施することを許可します。実施にあたっては、指示書のとおり実施してください。

記

利用者氏名	生年月日：明・大・昭・平 年 月 日 () 歳	
利用者住所	TEL ()	
実施当該項目に○をし、指示内容をご記入ください。	実施行為	
	喀痰吸引	口腔内
		鼻腔内
		気管カニューレ
	経管栄養	胃ろう
		腸ろう
経鼻		
介護職員等氏名 (複数記載可)		
指導看護師等氏名 (複数記載可)		

平成 年 月 日

医療機関名 印

住 所

TEL・FAX

医師氏名 印

- 指導看護師等、かかりつけ医、利用者、受講生、日本 ALS 協会広島県支部は、ともに各 1 通を保管する。
- 受講生は 4 枚複写し、自分、かかりつけ医、利用者、日本 ALS 協会広島県支部に渡し、原本は指導看護師等が保管する。