

## 令和6年度鹿児島県喀痰吸引等研修事業第三号研修（特定の者対象）

## 主治医指示書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者氏名			
生年月日		年齢	
主たる疾患(障害)名			

別紙実地研修実施要領を踏まえ、上記の者に係る研修について、指導看護師等に対し、下記のとおり指示します。

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_  
 担当医師名 \_\_\_\_\_

研修受講生

事業所等名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
特定の行為の種類	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	
特定行為に係る指示		
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ：( )Fr. 挿入の長さ cm
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ホブ型・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	
連携医療機関等	研修受講者（事業者）がたんの吸引等を行うに当たり、連携体制をとる医療機関（主な診療科目を含む）、訪問看護ステーション等について記入してください。	
その他		