

(一社) 日本 ALS 協会岩手県支部
 介護職員等医療的ケア第 3 号研修実地研修実施指示書

様式 5

(指導者所属事業所名) _____

(指導者所属事業所所長名) _____ 様

下記の利用者に対して、介護職員等医療的ケア研修実地研修受講者が指導看護師の指導のもと、下記留意事項に基づいて実地研修を実施することを指示します。

記

1. 対象利用者名 : _____
 2. 受講生氏名 : _____ 所属事業所 : _____

3. 指示内容

特定行為	チェック欄	行為の区分 (認定の区分)
口腔内の喀痰吸引 (咽頭の手前まで)	<input type="checkbox"/>	通常手順
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者 : 口鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法
鼻腔内の喀痰吸引 (咽頭の手前まで)	<input type="checkbox"/>	通常手順
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者 : 口鼻マスクまたは鼻マスクによる非侵襲的人工呼吸療法
気管カニューレ内部の喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	通常手順
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者 : 侵襲的人工呼吸療法
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	<input type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤
	<input type="checkbox"/>	胃ろうによる経管栄養 : 半固形栄養剤
経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/>	滴下型の液体栄養剤

4. 留意事項

西暦 年 月 日 医療機関名 _____

(医師氏名) _____ (印)

※【研修事務局記入欄】

受講者管理 NO.	書類受理日 年 月 日 印
-----------	---------------

受講生の所属事業所より利用者の主治医へ依頼→利用者の主治医記入→受講生の所属事業所が原本を受け取り保管
 →写しを 日本 ALS 協会岩手県支部