

指導者所属施設・事業所名

指導者名

喀痰吸引等研修事業における実地研修として、下記の利用者に対して、指導者の指導の下、下記介護職員が下記の医療的ケアを実施することを承認します。

記

1. 対象利用者

\_\_\_\_\_

2. 研修受講者所属事業所名

介護職員名

\_\_\_\_\_

3. 指示事項

- 口腔内の吸引
- 鼻腔内の吸引
- 気管カニューレ内の吸引
- 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

\_\_\_\_\_

4. 留意事項

\_\_\_\_\_

平成 年 月 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ 印

介護事業者が主治医へ依頼 ⇒ 主治医記入 ⇒ 介護事業者が原本保管

⇒写しを株式会社オールスター・Labへ