ひとてま介護塾**介護職員等医療的ケア第1・2号研修実地研修実施指示書**

様式4

（指導者所属事業所名）

（指導者所属事業所所長名）　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　下記の研修協力者に対して、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．　研修協力者名 :①　　　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　　　　③

　　　　　　　　　 ④　　　　　　　　　　　　⑤　　　　　　　　　　　　　⑥

2． 受講生氏名 :　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属事業所　:

　　 受講生氏名：

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） | ☐ | 通常手順 |
| ☐ | 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） | ☐ | 通常手順 |
| ☐ | 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 | ☐ | 通常手順 |
| ☐ | 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 | ☐ | 滴下型の液体栄養剤 |
| ☐ | 胃ろうによる経管栄養：半固形栄養剤 |
| 経鼻経管栄養 | ☐ | 滴下型の液体栄養剤 |

4．　留意事項（吸引圧、吸引カテーテルの挿入長さ、栄養剤注入時の留意点等具体的に記入願います）

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　医療機関名

（医師氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 研修機関記載欄 | |
| 受講者管理NO. | 書類受理日 |