

# 包括指示書

(施設・事業所名)

(指導看護師名)

様

下記の利用者に対して、医師、指導看護師の指導の下、指導看護師と介護職員（基本研修の講義部分について知識が修得されているか筆記試験により確認され、演習について評価基準を満たしたもの）が協働して下記の医療的ケアを実施することを承諾します。

## 記

### 1 対象利用者名

(利用者名)

### 2 指示事項

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 口腔内のたんの吸引       | <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養<br>(滴下・半固形) |
| <input type="checkbox"/> 鼻腔内のたんの吸引       | <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養             |
| <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部のたんの吸引 | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養                 |

指示内容（喀痰吸引等の実施内容）

### 3 留意事項（喀痰吸引等計画書に記載すべき事項を含む）

年 月 日

(医師氏名)

印