

(実地研修・様式5)

## 実地研修における医師の指示書

(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に介護職員等が実地研修を実施することを許可します。

実施にあたっては、下記の指示内容のとおり実施すること。

### 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 |
| <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）

令和 年 月 日

所 属

住 所

電 話

(医師氏名)

印