令和　　　　年　　　月　　　日

 ○○○医院（病院）御中

○ ○ ○○ 先生御侍史

喀痰吸引等研修実地研修に係る指示書発行依頼

○○法人

○○○○事業所

長野市○○○○○○

Tel　XXX-XXXX

 Fax　XXX-XXXX

担当：○○○○

前略

○○ ○○様について、介護職員等による喀痰吸引等研修を進めてまいりたいと存じます。つきましては当事業所の職員が「実地研修」を実施することに 関しての可否などを含めた「指示書」をいただきたく、ご依頼する次第です。

なお「実地研修」の指導看護師等としては、○○○○訪問看護ステーション 様にご指導いただく予定でおりますので、指示先としてご記入いただきたく存じます。

またこのたびご依頼いたします「指示書」については、いわゆる医療保険などの請求対象でないものであり、貴院に特段の規定がない場合につきましては ご相談の上、お支払いさせていただく予定です。

なにかとお忙しい中恐縮でございますが、○○様の地域生活を支え、より豊かなものとなるよう努力してまいりますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

草々

**（様式４） 喀痰吸引等研修（第３号研修）実地研修の実施に係る指示書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | **氏名** |  |
| **住所** |  |
| **生年月日** | 　　　年 　　月 　　　日　　( 　　　歳) |
| 現在の状況 について | 主たる　　傷病名 |  |
| 必要な　　医療的ケア | □ 口腔内の喀痰吸引 □ 鼻腔内の喀痰吸引 □ 気管カニューレ内部の喀痰吸引□ 胃ろうによる経管栄養 □ 腸ろうによる経管影響 □ 経鼻経管栄養 |
| 指示内容 | 上記の必要な医療的ケアを、指導看護師等の指導の下、 介護職員等が行うことについて （ 可 ・ 否 ） |
| 特記事項 |  |

上記のとおり指示する。

本指示書の有効期間は発行日から研修終了日までとする。

ただし、病状の変化等により指示の変更が必要となる場合は改めて指示を行う。

（事業所名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）指導看護師等 様

（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）指導看護師等 様

（事業所名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）指導看護師等 様

令和　　　　 年　　　 月 　　　日

医療機関名

所在地

　　（電話 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 　　　　　　　　　　　　　　　㊞