

令和 年〇〇月〇〇日

〇〇〇〇医院（病院）御中
〇〇〇〇 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

〇〇法人
〇〇〇〇事業所
横浜市〇〇区〇〇〇〇
tel-XXX-XXXX
faxXXX-XXXX
担当：〇〇〇〇

前略

〇〇 〇〇様について、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、〇〇〇〇訪問看護ステーション 様にご指導いただき予定しておりますので、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きます予定です。

なにかとお忙しい中恐縮でございますが、〇〇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	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管影響 <input type="checkbox"/> 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

㊞