

平成 年度 大阪府 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（特定の者対象）

主治医指示書

平成 年 月 日

患者氏名		性別	
生年月日		年齢	

別紙実地研修実施要領を踏まえ、上記の者に係る研修について、指導看護師等に対し、下記のとおり支持します。

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 _____

担当医師名 _____

印

指導看護師等

（事業所等名） _____

（氏 名） _____

研修受講生

（事業所等名） _____

（氏 名） _____

（氏 名） _____

特定の行為の種類	<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"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
特定行為に係る指示		
その他		