

(別紙様式34)

府内特別支援学校 喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

事業者		事業者種別	特別支援学校			
		事業者名称	立			支援学校
対象者	氏名		生年月日	平成	年	月 日 (歳)
	住所	電話 () -				
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5 区分6
	主たる疾患 (障がい)名					
実施行為種別		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 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養				
指示内容	具体的な提供内容 (使用医療機器については裏面に記載のこと)					
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)					
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)					
その他留意事項 (教職員)						
その他留意事項 (看護師)						

(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ：_____Fr、種類：
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：_____Fr、_____cm
	3. 吸引器	
	4. 人工呼吸器	機種：
	5. 気管カニューレ	サイズ：外径_____mm、長さ_____mm
	6. その他	
緊急時の連絡先 不在時の対応法		

- * 1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名



立 支援学校 校長 ()様

* 平成26年4月1日から、特別支援学校宛の指示書の発行については、「介護職員等喀痰吸引等指示料 240点(3月に1回算定 有効期間6か月)」が適用されます。
(平成26年3月5日 保発0305号第1号 「平成26年度診療報酬改定の概要」厚生労働省保険局長通知による)
ただし、学校教育法一条校に定められた学校で、喀痰吸引等を実施するための適切な研修を修了した教員が配置されている学校に限ります。