

# 看護師指示書

指示期間( 年 月 日 時頃からの対象者患者の搬送等業務中 )

対象者	氏名	
	主たる疾患	

医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引( <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内) <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 導尿( <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助) <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 鼻カニューレ) ( リットル/分) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器( NIPPV、IPV を含む) <input type="checkbox"/> その他( )
注意事項	

※ 緊急避難時に行う場合を除き、診療補助の医療行為（医療的ケア）には医師の指示書が必要です。

宮城アンビュランス民間救急 に上記の通り、指示いたします

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名

印