

訪問看護指示書

訪問看護指示期間:平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

ふりがな 患者氏名		性別	男・女・不明
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
患者住所	〒 埼玉県 市		
患者電話番号	自宅・携帯		
主たる疾病名			
病状および 治療状態			
これまでの経過 【必要時のみ】			
留意事項 および指示事項			
リハビリテーション	必要あり ・ 必要なし		
複数名訪問	必要あり ・ 必要なし		
緊急時の連絡先	患者との続柄: 自宅・携帯		

上記のとおり指示いたします。平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話 番 号

F A X 番 号

医 師 名

印

担当ステーションに✓をしてください。

訪問看護ステーションひまわり越谷(FAX:048-972-6733)

訪問看護ステーションひまわり草加(FAX:048-951-2516)

※訪問看護をお急ぎの場合は、FAXをお送りいただいた上で原本を送付ください。

※小児の患者様は、2枚目もご記入し、送付ください。

スコア [] 点 よって、[1、該当なし] [2、準超重症児] [3、超重症児] である

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が、6か月以上継続する場合※1に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで

2. 判定スコア (スコア)

- | | |
|--|-----|
| (1) レスピレーター管理※2 | =10 |
| (2) 気管内挿管，気管切開 | =8 |
| (3) 鼻咽頭エアウェイ | =5 |
| (4) O ₂ 吸入又は SpO ₂ 90%以下の状態が 10%以上 | =5 |
| (5) 1 回／時間以上の頻回の吸引 | =8 |
| 6 回／日以上以上の頻回の吸引 | =3 |
| (6) ネブライザー 6 回／日以上または継続使用 | =3 |
| (7) IVH | =10 |
| (8) 経口摂取（全介助）※3 | =3 |
| 経管（経鼻・胃ろう含む）※3 | =5 |
| (9) 腸ろう・腸管栄養 ※3 | =8 |
| 持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） | =3 |
| (10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、
発汗による更衣と姿勢修正を 3 回／日以上 | =3 |
| (11) 継続する透析（腹膜灌流を含む） | =10 |
| (12) 定期導尿（3 回／日以上）※4 | =5 |
| (13) 人工肛門 | =5 |
| (14) 体位交換 6 回／日以上 | =3 |

〈判定〉

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

※1 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。

ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

※2 毎日行う機械的気道加圧を要するカマシ・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理 に含む。

※3 (8) (9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※4 人工膀胱を含む