訪問看護指示書【15 歳未満用】

訪問看護指示期間：令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日

ふりがな 患者氏名		性別	男 ・ 女 ・ 不明
生年月日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日	年齢	歳　　ヶ月
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			
基準告示第2の1 に規定する疾病	□別表7　　□別表8		
超重症児 準超重症児スコア	合計　　点 □ 超重症児 ・ 準超重症児（10 点以上）　　□ 非該当		
装着・使用 医療機器等 ※該当箇所に✓	□ 自動腹膜灌流装置　□ 透析液供給装置　□ 酸素療法（　　） □ 吸引器　□ 中心静脈栄養　□ 輸液ポンプ □ 経管栄養（経鼻 ・ 胃瘻　　、サイズ：　　、　日に1回交換） □ 留置カテーテル（部位：　　、サイズ：　　、　日に1回交換） □ 人工呼吸器（陽圧式 ・ 陰圧式 ： 設定　　） □ 気管カニューレ（サイズ　　） □ 人工肛門　□ 人工膀胱　□ その他（　　）		
留意事項 および指示事項			
	褥瘡の処置等 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 その他		
リハビリテーション	必要あり ・ 必要なし □屋外歩行訓練が必要の場合、 チェックしてください	複数名訪問	必要あり ・ 必要なし
緊急時の連絡先			

上記のとおり指示いたします。 令和　　年　　月　　日

医療機関名

住　　所

電 話 番 号

ＦＡＸ 番 号

医　師　名　　印

訪問看護ステーションひまわり越谷　殿（FAX.048-972-6733）

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ﾌﾏｼﾝ・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