

**重症児・者 通所事業所 等利用指示書**

看護師 リハビリ ( PT OT ST ) 宛

指示期間： 年 月 日から 月

利用者氏名		様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年齢		
利用者住所：			電話：			
主たる病名：						
現在の状況：						
	基本スコア (該当欄に☐点数に○) <複数項目はいずれか一つを選択>			見守りスコア(該当点数に○)		
				高	中	低
判定 スコア	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (NPPV、ネイザルハイフロー、パーカッションベンチレーター、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)	10		人工呼吸器外れ 高 自発呼吸無し、要即対応	2	
				中 おおむね 15 分以内対応	1	
				低 上記以外	0	
	<input type="checkbox"/> 気管切開	8		2	0	
				(人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は気管切開の見守りスコアを加点しない)		
	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ	5		1	0	
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	8		1	0	
	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔・気管内吸引	8		1	0	
	<input type="checkbox"/> 利用時間中のネブライザー使用・薬液注入	3		0		
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管・胃ろう	8		2	0	
	<input type="checkbox"/> 経鼻腸管・経胃ろう腸管、腸瘻、食道ろう	8		2	0	
	<input type="checkbox"/> 持続経管注入ポンプ使用	3		1	0	
	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル 中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など	8		2	0	
	その他の注射管理 <input type="checkbox"/> 皮下注射 (インスリン、麻薬など)	5		1	0	
	<input type="checkbox"/> 持続皮下注射ポンプ使用	3		1	0	
	血糖測定 <input type="checkbox"/> 利用時間中の観血的血糖測定器	3		0		
	<input type="checkbox"/> 埋め込み式血糖測定器による血糖測定 (インスリン持続皮下注射ポンプと埋め込み式血糖測定器が連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない)	3		1	0	
	<input type="checkbox"/> 継続する透析 (血液透析、腹膜透析を含む)	8		2	0	
	排尿管理 <input type="checkbox"/> 利用時間中の間欠的導尿	5		0		
	<input type="checkbox"/> 持続的導尿 (尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ)	3		1	0	
排便管理 <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ	5		1	0		
<input type="checkbox"/> 利用時間中の摘便、浣腸	5		0			
<input type="checkbox"/> 利用時間中の浣腸	3		0			
<input type="checkbox"/> 痙攣時の管理 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等	3		2	0		
<b>合計スコア</b>					_____	

