

# 重症児・者デイサービス利用指示書

こすもけあくらぶ 看護師 宛

指示開始日 年 月 日 指示期間 1年

利用者氏名：	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日：H 年 月 日 年齢 才	
利用者住所：	電話：	
主たる病名：		
現在の状況：		
医療的ケアの必要な内容： <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> ポジショニング <input type="checkbox"/> リハビリ（肺リハ） <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ管理 <input type="checkbox"/> 胃ろうチューブ管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他 _____		
骨折・脱臼について：骨折危険度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 軽度・ <input type="checkbox"/> 中等度・ <input type="checkbox"/> 強度） 脱臼： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 脱臼部位（ ） 注意すること（ ）		
判定スコア	<input type="checkbox"/> レスピレータ管理 = 8 <input type="checkbox"/> 気管内挿管、気管切開 = 8 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ = 5 <input type="checkbox"/> 酸素吸入または SpO <sub>2</sub> 90%以下の状態が 10%以上 = 5 <input type="checkbox"/> 1回/時間以上の頻回吸引 = 8 <input type="checkbox"/> 6回/日以上での頻回吸引 = 3 <input type="checkbox"/> CPAPが 6回以上/日または継続使用 = 3	<input type="checkbox"/> IVH = 8 <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃ろう含む） = 5 <input type="checkbox"/> 腸ろう・腸管栄養 = 8 <input type="checkbox"/> 持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） = 3 <input type="checkbox"/> 継続する透析（腹膜還流を含む） = 8 <input type="checkbox"/> 定期導尿（3回/日以上） = 5 <input type="checkbox"/> 人工肛門 = 5 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">判定スコア合計 _____ 点</div>
薬剤管理（発作時などの頓用薬も含む）：		
呼吸器について：機種		レンタル会社 _____
【設定】		連絡先 _____
酸素療法指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 流量 _____ ℓ	レンタル会社 _____	連絡先 _____
吸引時の注意：吸引チューブ _____ Fr 挿入長 _____ cm 吸引後のバッキング <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 注意点 _____		
注入時の注意：		
リハビリテーション指示（肺リハ含む）：		
<input type="checkbox"/> カフアシスト 設定		
留意事項：		
急変時対応指示：		
緊急連絡先：		

上記のとおり施設内において必要な医療行為を指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名

印