

(別紙様式 1)

退院証明書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名	性別 (男・女)
患者住所	
電話番号	
生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)	

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

・ 入院年月日 年 月 日
・ 退院年月日 年 月 日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間 (複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)

・ 入院基本料等の種別 :
・ 算定期間 : 日 (年 月 日 ~ 年 月 日)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

・ 日 (年 月 日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

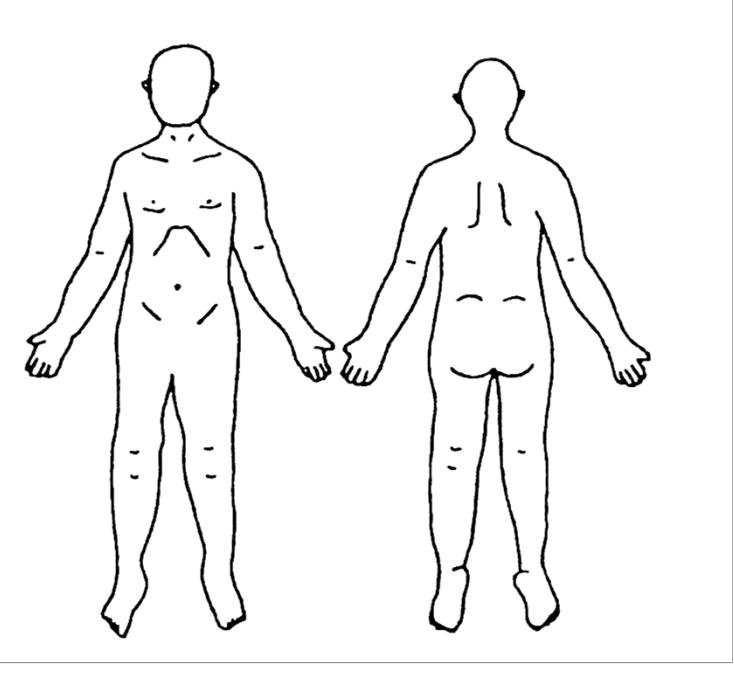
・ 傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける。)

・ 治癒
・ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。)
・ その他

6. その他の特記事項

緩和ケア実施計画書

氏名	(ふりがな)	年齢	ID																																																																						
生年月日 主訴	明・大・昭・平・令 年 月 日	歳																																																																							
診断	1) 2) 3) 4)	5) 6) 7) 8)																																																																							
現病歴	年 月 日																																																																								
既往歴	年 月 日																																																																								
身体症状	<p>【重症度】</p> <table> <tbody> <tr><td>1. 痛み</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>2. 呼吸困難</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>3. 倦怠感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>4. 発熱</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>5. 口渴</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>6. 咳・痰</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>7. 食欲不振</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>8. 嘔気・嘔吐</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>9. 腹部膨満感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>10. 便秘</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>11. 尿閉、失禁</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>12. 浮腫</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>13. 栄養障害</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>14. その他(具体的に)</td><td colspan="4"></td></tr> </tbody> </table> <p>【症状の性質、分布】</p> 			1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	5. 口渴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	13. 栄養障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	14. その他(具体的に)				
1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
5. 口渴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
13. 栄養障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																					
14. その他(具体的に)																																																																									

精神状態	【重症度】			
1. 不安	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
2. 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
3. せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
4. 不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
5. 眠気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重
6. その他(具体的に)				
その他の問題	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 仕事・趣味・交際などの活動や生きがい <input type="checkbox"/> その他			
本人の希望				家族の希望
治療目標 (優先順に) ①	②		③	
緩和治療・検査計画				
<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 精神療法(カウンセリング、リラクセーション) <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> 栄養食事管理 <input type="checkbox"/> その他				
備考				
説明日 年 月 日				
本人の署名	家族の署名 (続柄)			
主治医	精神科医			
緩和ケア医	緩和ケア担当看護師			
緩和ケア担当薬剤師	(緩和ケア担当管理栄養士)			

児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭・平・令 年 月 日生 (歳)
診断名(状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴	家族構成: (同居家族を含む)	社会的環境: a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴:)	c. 職歴 d. 交友関係など
<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり			

II. 入院時の状況

入院年月日	年 月 日 (曜日)	入院形態	<input type="checkbox"/> 任意入院	<input type="checkbox"/> 医療保護入院
主訴	患者:		<input type="checkbox"/> 措置入院	<input type="checkbox"/> その他
	家族(父・母・その他):			

特別な栄養管理の必要性: 有・無

症状 および 問題行動:

- A. 行動: a. 動き: 多動 寡動 常同症 拒絶症 奇妙な動作()
 b. 表情: 不安・恐怖・心配 憂うつ 怒り・敵意 無表情
 c. 話し方: 緘默 不明瞭 吃音 反響言語
 d. その他: 睡眠障害 食行動異常 排泄障害 習癖異常
- B. 情緒: 不安定 無感情 怒り・敵意 不安・恐怖・心配 高揚 抑うつ気分 感情の不調和
- C. 対人関係: ひきこもり 自己中心的 他罰的 共感性欠如
- D. 知的機能: 注意散漫 興味限局 記憶障害 知的障害 学習(能力)障害
- E. 意識: 見当識障害 意識障害
- F. 意欲: 消極性 意欲減退 無為 意欲亢進
- G. 行為: 自傷 他害・暴行 盗み 器物破損
- H. 知覚: 錯覚 幻覚
- I. 思考: 心気症 強迫観念・行為 恐怖症 自殺念慮・自殺企図 離人体験 病的な空想 作為体験
 罪業妄想 被害・関係妄想 その他の妄想() 連合障害
- J. その他: 病識欠如 不登校 計画的な行動がとれない 衝動コントロールの欠如 主体性の未確立

具体的な事柄:

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

III. 治療計画

(患者氏名)

予定治療期間 (週間/月) 本人の希望 :	基本方針 :
	治療と検査 :
家族の希望 : 目標の設定 :	A. 治療 : 精神療法 : □個人精神療法 : 回/週 □集団精神療法 : 回/週 □認知行動療法 : 回/週 □生活療法 : 回/週
	薬物療法 : □抗精神病薬 □抗うつ薬 □抗躁薬 □抗不安薬 □抗てんかん薬 □睡眠導入剤 □その他 ()
同意事項 : □検査 □診断の確定 □薬物療法の調整 □精神症状の改善 □問題行動の改善 □生活リズムの改善 □家族関係の調整 □主体性の確立 □社会復帰 □その他 ()	B. 檢査 : 理化学検査 : □血液検査 □心電図 □脳波 □X線 □CT (MRI) 検査 □その他 ()
	心理検査 : □知能検査 () □性格検査 ()
行動制限 : □なし □あり (電話、面会、外出、外泊、その他)	隔離室・個室使用 : □なし □あり
退院後の目標 : □家庭内適応 □復学 □就労 □デイケア □地域作業所 □施設入所 □その他 ()	

IV. 家族へのアプローチ

面接 : □家族面接 : 回/週・月 (□父親 □母親 □その他 ()) □本人との同席面接 : 回/週・月	具体的アプローチ
その他 : □家族療法 : 回/週・月 □その他 : 回/週・月	

V. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : □院内学級・院内分校への通級 (学) □地元 (原籍) 校への通学 □訪問学級 □通信教育 □その他 ()	学校への具体的アプローチ : □本人の同意 □保護者の同意 □担任 □養護教諭 □生徒指導担当 □その他 () □現状での問題点 () □今後の方向性 ()
---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

上記説明を受けました。 年 月 日 本人サイン 保護者サイン

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)

児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 生 (歳)
診断名(状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成： (同居家族を含む)	a. 就学状況	c. 職歴
		b. 教育歴 (最終学歴：)	d. 交友関係など

II. 入院時の状況

入院年月日	年 月 日 (曜日)	入院形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他
主訴	患者： 家族(父・母・その他)：		
特別な栄養管理の必要性： 有・無			
症状 および 問題行動：			
A. 行動 : a. 動き : <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 常同症 <input type="checkbox"/> 拒絶症 <input type="checkbox"/> 奇妙な動作 () b. 表情 : <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 無表情 c. 話し方 : <input type="checkbox"/> 緘默 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 反響言語 d. その他 : <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 習癖異常			
B. 情緒 : <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 高揚 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 感情の不調和			
C. 対人関係 : <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 他罰的 <input type="checkbox"/> 共感性欠如			
D. 知的機能 : <input type="checkbox"/> 注意散漫 <input type="checkbox"/> 興味限局 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習(能力)障害			
E. 意識 : <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意識障害			
F. 意欲 : <input type="checkbox"/> 消極性 <input type="checkbox"/> 意欲減退 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> 意欲亢進			
G. 行為 : <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害・暴行 <input type="checkbox"/> 盗み <input type="checkbox"/> 器物破損			
H. 知覚 : <input type="checkbox"/> 錯覚 <input type="checkbox"/> 幻覚			
I. 思考 : <input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 強迫観念・行為 <input type="checkbox"/> 恐怖症 <input type="checkbox"/> 自殺念慮・自殺企図 <input type="checkbox"/> 離人体験 <input type="checkbox"/> 病的な空想 <input type="checkbox"/> 作為体験 <input type="checkbox"/> 罪業妄想 <input type="checkbox"/> 被害・関係妄想 <input type="checkbox"/> その他の妄想 () <input type="checkbox"/> 連合障害			
J. その他 : <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 計画的な行動がとれない <input type="checkbox"/> 衝動コントロールの欠如 <input type="checkbox"/> 主体性の未確立			
具体的な事柄 :			

(※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

III. 治療計画

(患者氏名)

推定される入院期間 (週間/月)	基本方針 :
本人の希望 :	治療と検査 :
家族の希望 :	A. 治療 : 精神療法 : <input type="checkbox"/> 個人精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 : 回/週
目標の設定 :	薬物療法 : <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗躁薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他 ())
同意事項 :	B. 検査 : 理化学検査 : <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 ())
<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 ())	心理検査 : <input type="checkbox"/> 知能検査 () <input type="checkbox"/> 性格検査 ())
行動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他))	隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
選任された退院後生活環境相談員の氏名	
退院後の目標 : <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ())	

IV. 家族へのアプローチ

面接 : <input type="checkbox"/> 家族面接 : 回/週・月 (<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 本人との同席面接 : 回/週・月	具体的アプローチ
その他 : <input type="checkbox"/> 家族療法 : 回/週・月 <input type="checkbox"/> その他 : 回/週・月	

V. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : <input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学) <input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級 <input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 ()	学校への具体的アプローチ : <input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 現状での問題点 () <input type="checkbox"/> 今後の方向性 ()
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記説明を受けました。 年 月 日 本人サイン 保護者サイン

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)

栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

患者氏名		患者ID		性：男・女	年齢 歳	入院日	年月日
病棟		主治医		NST患者担当者		初回回診日	年月日
NST回診実施者名	医師	看護師		薬剤師	管理栄養士		
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士	臨床検査技師		PT・OT・ST MSWほか	NST専従者 氏名		
現疾患		褥瘡	なし あり()	嚥下障害	なし あり()	前回回診日	年月日
その他の合併疾患※1		感染症	なし あり()	社会的問題点	なし あり()	回診日	年月日
身長 cm	現体重 kg	浮腫 有□無□	BMI:	標準体重(BMI=22) kg	通常時体重 kg		
栄養評価	主観的栄養評価 良・普通・悪	アルブミン(g/dL) 検査日月日	リンパ球数(/mm ³) 検査日月日	ヘモグロビン(g/dL) 検査日月日	中性脂肪(mg/dL) 検査日月日	トランスサイレチン(TTR:プレアルブミン)(mg/dL) 検査日月日	総合評価(栄養障害の程度) 良・軽度・中等度・高度 検査日月日
	前回との比較	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪
栄養管理法							
経口栄養	□ 普通食 □ 咀嚼困難食 □ 嚥下調整食 学会分類コード:() □ 濃厚流動食・経腸栄養剤	□ 該当なし	経腸栄養※2	□ 該当なし 経鼻() □ 胃瘻() □ 腸瘻()	経静脈栄養	□ 末梢静脈栄養 □ 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)	□ 該当なし
栄養投与法の推移(前回との比較) (例:経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養)			□無 () → ()				
投与組成・投与量(該当なしの場合□にチェックを入れること)							
前回栄養管理プラン※3	水分量(ml/日)	エネルギー(kcal/日)	たんぱく質・アミノ酸(g/日)				
実投与量	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
投与バランス※4	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
新規栄養管理プラン	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
栄養管理上の注意点・特徴※5							
活動状況・評価							
他チームとの連携状況	摂食嚥下支援チーム (ありなし)	褥瘡対策チーム (ありなし)	感染制御チーム (ありなし)	緩和ケアチーム (ありなし)	その他のチーム (チーム)		
治療法の総合評価※6 【 】 ①改善 ②不变 ③増悪	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 2. 血液学的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 3. 摂食・嚥下状態: 改善度 5・4・3・2・1 4. 褥瘡: 改善度 5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力: 改善度 5・4・3・2・1 6. 7.				コメント※8 【入院中・転院・退院】:		

※1:褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2:投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。

※3:初回時には記載を要しない。

※4:必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※5:栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※6:栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※7:評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5:極めて改善」「4:改善」「3:不变」「2:やや悪化」「1:悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※8:治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあっては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日： 年 月 日
計画着手日： 年 月 日
計画作成日： 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
退院に関する患者以外 の相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設 定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービスの 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日： 年 月 日

(病棟の退院支援担当者) 印

(入退院支援部門の担当者) 印

(本人) 印

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日: 年 月 日
 計画着手日: 年 月 日
 計画作成日: 年 月 日

病棟(病室)	
病名	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整() 2. 受け入れ先の確保が困難() 3. 生活費の確保が困難() 4. 自己負担の費用が増加() 5. その他()
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設() 3. 介護保険サービスによる入所施設() 4. その他()
退院後に利用が予想される福祉サービス等	
退院後に利用が予想される福祉サービスの担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日: 年 月 日

(担当医)

印

(病棟退院支援計画担当精神保健福祉士)

印

(本人)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日: 年 月 日

退院支援委員会開催日: 年 月 日

患者等への説明日: 年 月 日

計画の変更日: 年 月 日

1	病名				
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者()			
3	退院についての患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)				
4	退院後の生活の目標				
5	退院支援で留意すべき主な問題点、課題等 〔 退院支援委員会の審議等を踏まえ、退院支援において、特に重点的に解決を図る必要があると考えられるもの(最大3つ)を選択した上で、関連する精神症状の状況等とともに、詳細を記載すること。 〕	<p>【本人の受け入れ】</p> <p><input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものの不安</p> <p>【生活基盤領域】</p> <p><input type="checkbox"/>経済環境 <input type="checkbox"/>住環境</p> <p>【健康領域】</p> <p><input type="checkbox"/>服薬管理 <input type="checkbox"/>食事管理 <input type="checkbox"/>病気の理解(病識) <input type="checkbox"/>身体疾患の管理</p> <p><input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理</p> <p>【日常生活領域】</p> <p><input type="checkbox"/>食事の準備 <input type="checkbox"/>金銭管理 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>外出</p> <p>【社会生活技能/社会参加領域】</p> <p><input type="checkbox"/>対人関係 <input type="checkbox"/>日中の過ごし方 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労</p> <p><input type="checkbox"/>その他社会的活動()</p> <p>【家族支援領域】</p> <p><input type="checkbox"/>家族への情報提供 <input type="checkbox"/>家族の負担軽減 <input type="checkbox"/>家族関係調整</p> <p>【その他】</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>問題点・課題等の詳細</p>			
6	その他退院支援で留意すべき問題点、課題等 〔 5以外の問題点、課題等について優先順位をつけて記載すること。 〕				
7	退院予定期				

8	退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）		
退院意欲の喚起に関すること		<p>【目標】</p> <p>【実施内容とスケジュール】</p>	
地域生活を念頭に置いたプログラムや訓練の実施に関すること	院内 プログラム	<p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><input type="checkbox"/>心理教育 <input type="checkbox"/>家族心理教育 <input type="checkbox"/>就労・就学支援 <input type="checkbox"/>個別認知行動療法 <input type="checkbox"/>集団認知行動療法 <input type="checkbox"/>デイ・ケア等体験利用 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>【今後のスケジュール】</p>)
	院外 プログラム	<p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><input type="checkbox"/>宿泊 <input type="checkbox"/>買い物 <input type="checkbox"/>公共・金融機関利用 <input type="checkbox"/>交通機関利用 <input type="checkbox"/>住居見学 <input type="checkbox"/>通所施設見学 <input type="checkbox"/>余暇活動 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>【今後のスケジュール】</p>)
退院後の医療の確保に関すること		<p>【退院後の医療サービスに関する課題】</p> <p>【必要な医療サービス】</p> <p><input type="checkbox"/>外来通院先の確保 <input type="checkbox"/>身体疾患治療のための通院先の確保 <input type="checkbox"/>訪問診療 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>デイ・ケア等 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>【必要な支援と今後のスケジュール】</p>)

	<p>【評価】</p> <p>自宅 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 同居家族 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし その他、居住先に関する課題：</p> <p>居住先に関すること(※)</p>	<p>【適切な居住先の種類と必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>
	<p>【評価】</p> <p>障害年金 <input type="checkbox"/>受給中 生活保護 <input type="checkbox"/>受給中 その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題：</p> <p>収入と金銭管理に関すること(※)</p>	<p>【収入と金銭管理に関する必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>
	<p>【栄養摂取等に関する課題と必要な支援】</p> <p>栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>
	<p>【評価】</p> <p>指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/>未定(年 月頃までに決定予定) <input type="checkbox"/>不要 <input type="checkbox"/>決定(事業所名: _____ 担当者: _____)</p> <p>障害者手帳 <input type="checkbox"/>取得済[級] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要 障害支援区分 <input type="checkbox"/>認定済[区分] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要 要介護認定 <input type="checkbox"/>認定済[] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要</p> <p>障害福祉サービス等の利用に関すること(※)</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【その他、障害福祉サービス等に関する課題】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>

	<p>成年後見制度に関すること(※)</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p>
	<p>退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【現時点で考えられる主たる援助者】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p>
	<p>日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【日中の活動に関する課題と必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p>
9	その他退院支援に関する特記事項	

(※)指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

(別紙様式 6 の 4)

計画作成日： 年 月 日

計画見直し予定日： 年 月 日

退院支援計画書

氏名： 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)

主治医： 看護師： 精神保健福祉士：

参加者

本人 家族 主治医 看護師・保健師 精神保健福祉士 薬剤師 作業療法士 公認心理師

訪問看護ステーション 行政機関 障害福祉サービス等事業者 介護サービス事業所

その他 ()

病名	
今回の入院年月日	

退院後の生活に関する本人の希望

家族その他の支援者の意見

--	--

支援ニーズ／課題への対応

評価項目	支援の必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する 課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

医療・障害福祉サービス等に関する基本情報	自立支援医療	無	有	不明	申請予定
	精神障害者保健福祉手帳 :	無	有 (級)	不明	申請予定
	療育手帳 :	無	有 (等級)	不明	申請予定
	身体障害者 :	無	有 (級)	不明	申請予定
	障害年金受給 :	無	有 (級)	不明	申請予定
	障害支援区分 :	無	有 (区分)	不明	申請予定
	要介護認定 :	無	有 ()	不明	申請予定
退院後に必要な医療等の支援	生活保護受給 :	無	有	不明	申請予定
	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援			
	<input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス（訪問看護、デイケア等、その他）				
	<input type="checkbox"/> 身体合併症治療	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 介護サービス	<input type="checkbox"/> その他	

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人気がづくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人者がすること

緊急連絡先 : <u>氏名</u>	所属	連絡先
緊急連絡先 : <u>氏名</u>	所属	連絡先
緊急連絡先 : <u>氏名</u>	所属	連絡先

署名 本人 : _____ 主治医 : _____ 担当者 : _____

(別紙様式7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) 殿

年 月 日

病棟（病室）	
在宅復帰支援担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 印

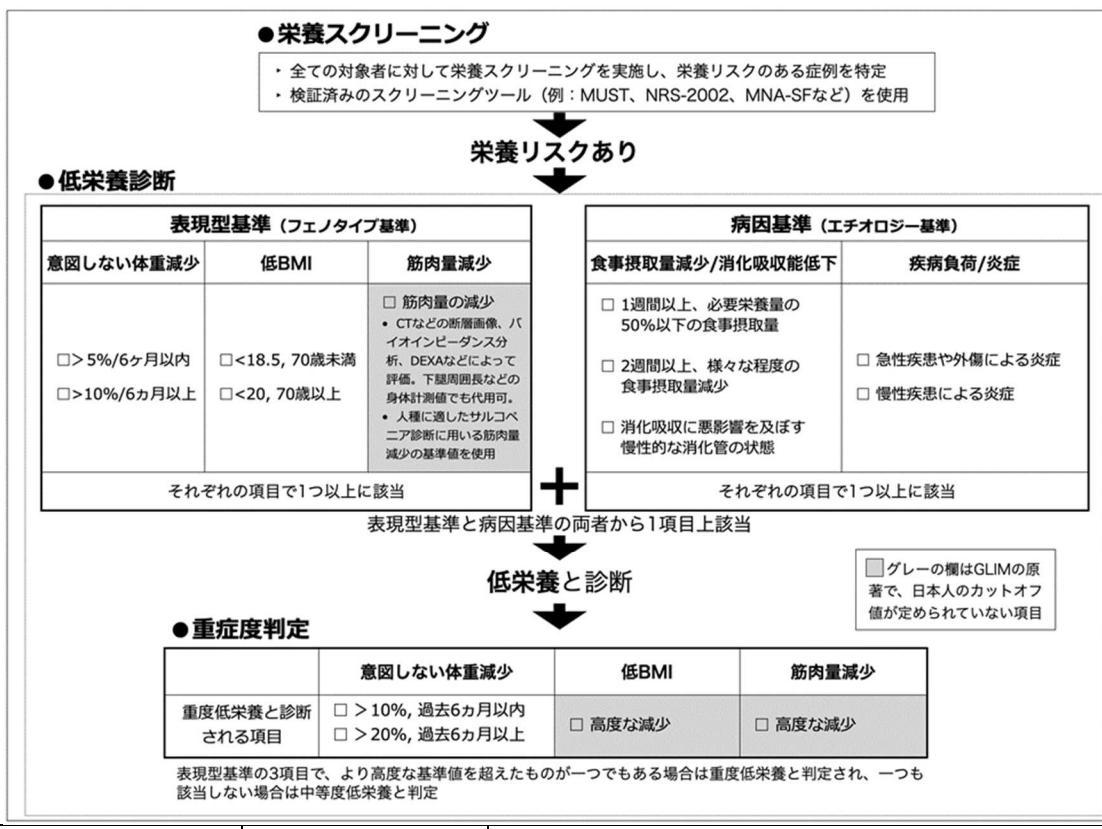
別紙様式 7 の 2

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 及び地域包括医療病棟入院料に係る評価書

バーセルインデックス (Barthel Index)

項目	点数	項目	点数
食事	10 · 5 · 0	歩行	15 · 10 · 5 · 0
車椅子からベッドへの移動	15 · 10 · 5 · 0	階段昇降	10 · 5 · 0
整容	5 · 0	着替え	10 · 5 · 0
トイレ動作	10 · 5 · 0	排便コントロール	10 · 5 · 0
入浴	5 · 0	排尿コントロール	10 · 5 · 0
合計得点(/100点)			

栄養状態 栄養状態の評価は、GLIM 基準を用いて行う。



※ 詳細については、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）ホームページ「GLIM 基準について」を参照

口腔状態

項目	評価	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

別紙様式 7 の 3

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト

(患者氏名) _____ 殿

入院日 : 令和 年 月 日
リスク因子確認日 : 令和 年 月 日
せん妄対策実施日 : 令和 年 月 日

1. せん妄のリスク因子の確認

(該当するものにチェック)

- 70 歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用
- 全身麻酔を要する手術後又はその予定があること



2. ハイリスク患者に対するせん妄対策

(リスク因子に 1 項目以上該当する場合は、以下の対応を実施)

- 認知機能低下に対する介入（見当識の維持等）
- 脱水の治療・予防（適切な補液と水分摂取）
- リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化（痛みの客観的評価の併用等）
- 適切な睡眠管理（非薬物的な入眠の促進等）
- 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供



3. 早期発見

せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める。

※1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後 3 日以内に行う。

※2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

別紙様式 7 の 4

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

及び地域包括医療病棟入院料に係る計画書

(患者氏名)

殿

年 月 日

病棟 (病室)	
リハビリテーション (離床、ADL 動作、排泄に 係る内容を含む)	
栄養管理 (栄養補給、栄養食事相 談、その他の栄養管理上解 決すべき課題に関する内容 を含む)	
口腔管理 (口腔ケアに係る内容を含 む)	
歯科医師等への連携の必要 性	
その他	

担当者氏名

担当医	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士

(別紙様式8)

短期滞在手術等同意書

(患者氏名) 殿

令和 年 月 日

病名	
症状	
治療計画	
手術等内容及び日程	
手術等後に起こりうる 症状とその際の対処	

(主治医氏名) 印

私は、現在の疾病的診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術等を受けることに同意します。

(患者氏名) 印

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名:	(男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日 生(才)	□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症	

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】 【①達成目標】: 患者と相談した目標 〔 〕 【②行動目標】: 患者と相談した目標 〔 〕	□体重: (kg) □BMI: () □収縮期／拡張期血圧(/ mmHg) □HbA1c: (%)		
【重点を置く領域と指導項目】 【□食事】 【□運動】 【□たばこ】 【□その他】 【検査】	□食事摂取量を適正にする □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] □間食: [減らす(種類・量: を週 回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる		□食塩・調味料を控える □外食の際の注意事項()
	□運動処方: 種類(ウォーキング・ 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) □運動時の注意事項など()		
	□非喫煙者である □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等		
	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他()		
	【血液検査項目】 (採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) □血糖(□空腹時 □隨時 □食後()時間) □中性脂肪 (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()		
【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 ()			

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名:	(男・女)	主病:
生年月日:明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)	□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症	

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】	【目標】 <input type="checkbox"/> 体重:(kg) <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期／拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c:(%)		
	【①目標の達成状況】 〔 〕		
	【②達成目標】:患者と相談した目標 〔 〕		
【重点を置く領域と指導項目】	【③行動目標】:患者と相談した目標 〔 〕		
	□食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	<input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項()
		<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・ 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()
□その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()	
	【検査項目】 (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 隨時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()			

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名	医師氏名
------	------

患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
(なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)

「小児かかりつけ診療料」に関する説明書

当院では、当院を継続して受診され、同意された患者さんに、
小児科の「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 急な病気の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います。
- 発達段階に応じた助言・指導等を行い、健康相談に応じます。
- 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
- 「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さんからの電話等による問い合わせに常時対応しています。

当院がやむを得ず対応できない場合などには、下記の提携医療機関や、
小児救急電話相談にご相談ください。

連絡先 ▲▲医院

●●●—●●●—●●●●

提携医療機関 ◆◆医院

●●●—●●●—●●●●

小児救急電話相談

#●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

- 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合は、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ちください。(母子健康手帳に記載されています。)

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○○○を主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※ 「小児かかりつけ診療料」は1人の患者さんにつき1か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名) _____

(保護者署名) _____

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険
薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記
入すること。

(別紙様式11の2)

紹介先医療機関等名

担当医 科

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況

- 地域包括診療加算 地域包括診療料 小児かかりつけ診療料
 在宅時医学総合管理料 (□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
 施設入居時等時医学総合管理料 (□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男・女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

印

患者氏名

性別 (男・女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業

住所

電話番号

診療形態	1. 外来	2. 往診	3. 入院 (年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア. 脳血栓 バ. 脳塞栓 ウ. 不明)		2. 脳出血	3. クモ膜下出血	
	4. その他の脳血管障害				
	発症年月日		年 月 日		
	受診年月日		年 月 日		
初発 / 再発	1. 初発	2. 再発 (年 月 日 初発)			
その他の傷病名					

寝たきり度 (該当するものに○)

- J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
 A 準寝たきり 屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
 B 寝たきり 1 屋内の生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
 C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

- I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
 II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
 III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
 IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
 M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有・無

訪問看護 有・無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

- 注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
 2. わかりやすく記入すること。
 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式12の2)

年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師名

印

患児の氏名	男・女		年 月 日 生
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父: ()歳 職業()	母: ()歳 職業()	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方	電話番号	(自宅・実家・その他)
入退院日	入院日 : 年 月 日	退院(予定)日 : 年 月 日	
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 () 在胎 :()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重 : (g) 身長 : (cm) 出生時の特記事項 : 無・有() 妊娠中の異常の有無 : 無・有() 妊婦健診の受診有無 : 無・有(回:)		家族構成 育児への支援者:無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴 ・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()	
日常的世話の状況			
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害()	
	こどもへの思い・態度	・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他()	
		・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()	
	同胞の状況	・同胞に疾患()・同胞に障害()	
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	
情報提供の目的とその理由			

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称電話番号
医師名

印

患者の氏名			年	月	日	生
			男・女	()歳		
			職業()			
傷病名	(疑いを含む)		他の傷病名			
病状 既往症 治療状況等						
児の氏名	男・女	年	月	日	生まれ	
住所			電話番号	(自宅・実家・その他)		
退院先の 住所	様方		電話番号	(自宅・実家・その他)		
入退院日	入院日 : 年 月 日	退院(予定)日 : 年 月 日				
今回の 出産時の 状況	出産場所 : 当院・他院 ()				家族構成	
	在胎 : ()週 単胎・多胎 ()子中()子					
	体重 : (g) 身長 : (cm)					
	出産時の特記事項 : 無・有()					
	妊娠中の異常の有無 : 無・有()					
	妊婦健診の受診有無 : 無・有(回:)				育児への支援者:無・有()	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください						
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()				
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()				
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()				
	他の児の状況	・疾患()・障害()				
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()				
情報提供の 目的とその 理由						

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

患者氏名	(ふりがな)	生年月日:西暦 年 月 日 (歳)	男	〒	-	連絡先 ()
	・		女			

1. 患者の病状、経過等

(1)診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日

1	発症年月日 (西暦 年 月 日頃)
2	発症年月日 (西暦 年 月 日頃)
3	発症年月日 (西暦 年 月 日頃)

(2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病的経過及び治療内容

(3)病状等の説明内容と患者の希望

(4)日常生活の自立度等について

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(5)栄養・口腔に関する情報

下記参照 別紙様式50等参照摂食方法 : 経口 経管栄養 静脈栄養 食物アレルギー : なし あり ()摂食嚥下 : なし あり 水分とろみ : なし あり (薄い・中間・濃い)機能障害 食形態 : 主食 米飯 軟飯 全粥 その他 () 副食 普通 軟菜 その他 ()義歯使用 : なし あり (部分・総) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる : できる できない歯の汚れ : なし あり 齒肉の腫れ、出血 : なし あり

在宅生活における留意点 :

(6)服薬に関する情報

内服薬 : なし あり (入院後の内服薬変更 : なし あり) 一包化の必要性 : なし あり服薬介助 : 自立 一部介助 (介助内容 :) 全介助退院時処方 : なし あり (退院日含め 日分) 服薬アレルギー : なし あり ()

在宅生活における留意点 :

(7)療養上の工夫点（医療上の留意点、安全の配慮等）

なし あり

→工夫点（例：ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等）：

(8)入院期間

入院日 : 年 月 日 退院日 : 年 月 日

2. 退院後のサービスの必要性

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護（特別指示書： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（ ）	

3. 介護サービスを利用する上の留意点、介護方法等

(1)ADLに関する入院中の変化					
<input type="checkbox"/> あり（同封の書類をご確認ください）		<input type="checkbox"/> なし			
(2)自助具の使用					
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）				
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針					
<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり
<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性
<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他（ → 対処方針（ ）				
(4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針					
<input type="checkbox"/> 起居動作	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 排泄	<input type="checkbox"/> 睡眠	<input type="checkbox"/> 入浴
<input type="checkbox"/> 摂食	<input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> その他（ → 対処方針（ ）		

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1)利用者の日常生活上の留意事項
(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（ → 必要な支援（ ）
(3)特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1)意向の話し合い： <input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：年月日） <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外）
※(2)から(5)は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載
(2)本人・家族の意向： <input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照（入院中に記載した書類等： ）
(3)話し合いの参加者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名： 続柄：（ ）（氏名： 続柄： ） <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4)医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容
(5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

(別紙様式12の5)

記入日 年 月 日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者 氏名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日	
				()歳	
身長	cm (測定日 年 月 日)		□計測不能		
体重	kg (測定日 年 月 日)			BMI	kg/m ² □算出不能
体重変化	変化なし ・ 過去()週間・カ月	／	増加 ・ 減少	変化量	kg

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)

【GLIM基準による評価 (□非対応)※1】判定: □ 低栄養非該当 □ 低栄養(□中等度低栄養、□重度低栄養)

該当項目: 表現型(□体重減少、□低BMI、□筋肉量減少) 病因(□食事摂取量減少/消化吸收能低下、□疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項

必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	
摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	
経口 摂取	食事内容(治療食、補助食品等)		
	嚥下 調整食の 必要性	主食	□無 □有 (学会分類コード※2)
		副食	□無 □有 (学会分類コード※2)
		どろみ	□無 □有 (学会分類コード※2)
		留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):	
経管 栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):	
	□胃瘻		
	□その他		
	静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):
	□無	□中心	

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名:

担当管理栄養士名:

電話番号: (FAX):

(別紙様式1-3)

年 月 日

介護老人保健施設・介護医療院

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男 · 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 生	(歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

(別紙様式14)

令和 年 月 日

情報提供先学校名 _____

学校医等 _____ 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名

印

患児の氏名	男・女 平成・令和 年 月 日生
患児の住所	電話番号
傷病名 その他の傷病名	
病状、既往歴、 治療状況等	
日常生活に必要な 医療的ケアの状況 (使用している医療機器等 の状況を含む)	
学校生活上の 留意事項	
その他	

- * 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

情報提供先保育所等名

嘱託医 _____ 殿

※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー・アナフィラキシー)

提出日 年 月 日

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月) _____ 組

※ この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先	★保護者 電話:
	★連絡医療機関 医療機関名: 電話:

ア ナ フ イ ラ キ シ ー (あ り ・ な し)	病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	A. 食物アレルギー病型 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 (新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他:)	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照)	
	B. アナフィラキシー病型 1. 食物 (原因:) 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・ 昆虫・動物のフケや毛)	B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルキーHP・ニューMA-1・MA-mi・ベブディエット・エレメンタルフォーミュラ その他()	
	C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・) 9. 甲殻類* 《 》 (すべて・エビ・カニ・) 10. 軟体類・貝類* 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) 11. 魚卵* 《 》 (すべて・イクラ・タラコ・) 12. 魚類* 《 》 (すべて・サバ・サケ・) 13. 肉類* 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉・) 14. 果物類* 《 》 (キウイ・バナナ・) 15. その他 ()	C. 除去食品においてより厳しい除去 が必要なもの 病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい 除去が必要となるもののみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使 用した料理については、給食対応が困難となる 場合があります。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス	
	D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬「エビペン®」 3. その他()	E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある 場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内 容は保育所が保護者と相談のうえ決定) 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限() 3. 調理活動時の制限 () 4. その他 ()	
	「*は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」		

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- 同意する
- 同意しない

保護者氏名 _____

情報提供先学校名 _____

学校医等 殿

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 (男・女) 年 月 日生 年 組 提出日 年 月 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

ア ナ フ イ ラ キ シ ー 食 物 ア レ ル ギ	病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 緊急時連絡先 電話: 記載日 年 月 日 医師名 印
	A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要		
	B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 ()		B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要		
			C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要		
			D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		
	C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 [除去根拠] 該当するもの全てを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取 4. ソバ 《 》 () に具体的な食品名を記載 5. ピーナツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ) 7. 木の実類 《 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》		E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理について、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵 : 卵殻カルシウム 牛乳 : 乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦 : 醤油・酢・味噌 大豆 : 大豆油・醤油・味噌 ゴマ : ゴマ油 魚類 : かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類 : エキス		
	D 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3. その他 ()		F その他の配慮・管理事項(自由記述)		

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年月日 ~ 年月日)

点滴注射指示期間 (年月日 ~ 年月日)

患者氏名			生年月日		年月日					
							(歳)			
患者住所	電話 () -									
主たる傷病名	(1)		(2)		(3)					
傷病名コード										
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.								
	日常生活	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	自立度	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)								
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 分類 D 3 D 4 D 5 N P U A P 分類 III 度 IV 度								
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (1 / min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻 ・ 胃瘻 : サイズ , 日に 1 回交換) 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ , 日に 1 回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式 ・ 陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()								

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護

1 日あたり () 分を週 () 回

2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理

4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先

不在時の対応

特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)

他の訪問看護ステーションへの指示

(無 有 : 指定訪問看護ステーション名)

たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示

(無 有 : 訪問介護事業所名)

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿

精神科訪問看護指示書

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -		施設名	
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	
傷病名コード				
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状況			
	投与中の薬剤 の用量・用法			
	病名告知	あり	・	なし
	治療の受け入れ			
	複数名訪問の必要性	あり	・	なし
		理由 :		
		1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者		
		2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者		
	3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者			
	4. その他 ()			
短時間訪問の必要性	あり	・	なし	
複数回訪問の必要性	あり	・	なし	
日常生活自立度	認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)			

精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項

- 1 生活リズムの確立
- 2 家事能力、社会技能等の獲得
- 3 対人関係の改善（家族含む）
- 4 社会資源活用の支援
- 5 薬物療法継続への援助
- 6 身体合併症の発症・悪化の防止
- 7 その他

緊急時の連絡先

不在時の対応法

主治医との情報交換の手段

特記すべき留意事項

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿

**精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書**

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	年	月	日
		(歳)

病状・主訴 :

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由 :

留意事項及び指示事項 (注: 点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)

(該当する項目に○をつけてください)

複数名訪問の必要性 あり ・ なし

- 理由 : 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者
 4. その他 ()

短時間訪問の必要性 あり ・ なし

理由 : ()

特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください)

- 1 服薬確認
 2 水分及び食物摂取の状況
 3 精神症状 (観察が必要な事項 :)
 4 身体症状 (観察が必要な事項 :)
 5 その他 ()

点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先等

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿

特 別 訪 間 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	年	月	日
		(歳)

病状・主訴 :

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由 :

留意事項及び指示事項 (注: 点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)

点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先等

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

電 話

(F A X.)

医師氏名

印

事業所

殿

神経学的検査チャート

年月日時分

患者氏名

患者ID

患者性別 男女 年齢

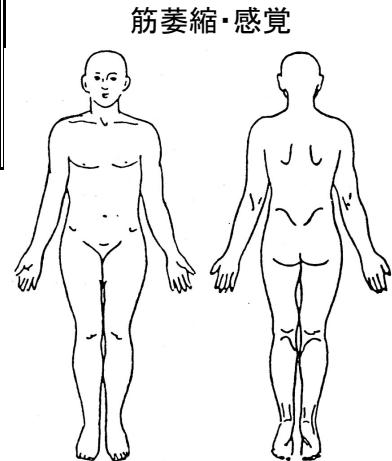
- 1) 意識・精神 a) 意識 : 清明、異常 ()
状態 * Japan Coma Scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
* Glasgow Coma Scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total)
- b) 検査への協力 : 協力的、非協力的
- c) けいれん : なし、あり()
- d) 見当識 : 正常、障害 (時間、場所、人)
- e) 記憶 : 正常、障害()
- f) 数字の逆唱 : 286、3529
- g) 計算 : $100 - 7 =$ $93 - 7 =$ $86 - 7 =$
- h) 失行 ()、失認 ()
- 2) 言語 正常、失語()、構音障害()、嗄声、開鼻声
- 3) 利き手 右、左
- 4) 脳神経

	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、	正、
眼底	正常、動脈硬化()度、出血、白斑、うつ血乳頭、視神経萎縮	
眼裂	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視()、偏視()、突出()	
眼球運動	上直筋 外直筋 下直筋 下斜筋 上斜筋	下斜筋 内直筋 上斜筋 下直筋 上直筋 外直筋
眼振		
複視	(-) (+) : 方向()	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	正円、不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	正常、障害
顔面感覚	正常、障害	正常、障害
上部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
下部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
聴力	正常、低下	正常、低下
めまい	(-) (+) : 回転性・非回転性()	
耳鳴り	(-) (+)	(-) (+)
軟口蓋	正常、麻痺	正常、麻痺
咽頭反射	(+) (-)	(+) (-)
嚥下	正常、障害()	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	正常、麻痺
上部僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏倚	(-) (+) : 偏倚(右 左)	
舌萎縮	(-) (+)	(-) (+)
舌線維束性収縮	(-) (+)	

5) 運動系	a) 筋トーヌス	上肢(右・左、正常) 下肢(右・左、正常)	痙縮 痙縮	強剛 強剛	低下)	その他()
	b) 筋萎縮	(-) (+)	: 部位())
	c) 線維束性収縮	(-) (+)	: 部位())
	d) 関節	変形、拘縮	: 部位())
	e) 不随意運動	(-) (+)	: 部位()、性質())
	f) 無動・運動緩慢	(-) (+))
	g) 筋力	正常、麻痺	: 部位()、程度())

		右	左	右	左
頸部屈曲	C1~6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	上肢バレー	(-) (+)
伸展	C1~T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	(下肢バレー)	(-) (+)
三角筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	Mingazzini	(-) (+)
上腕二頭筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	握力	kg
上腕三頭筋	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		kg
手関節背屈	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		
掌屈	C6~8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		
母指対立筋	C8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		
腸腰筋	L1~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		
大腿四頭筋	L2~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		
前脛骨筋	L4,5	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		
下腿三頭筋	S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0		

6) 感覚系	a) 触覚	正常、障害 : 部位()
	b) 痛覚	正常、障害 : 部位()
	c) 温度覚	正常、障害 : 部位()
	d) 振動覚	正常、障害 : 部位()
	e) 位置覚	正常、障害 : 部位()
	f) 異常感覚・神経痛	(-) (+) : 部位()



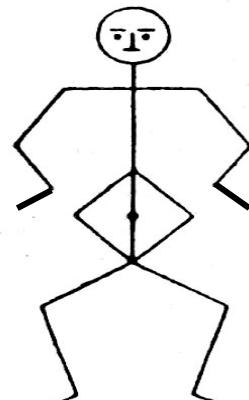
7) 反射

	右	左	右	左	右	左
ホフマン	(-) (+)	(-) (+)	バビンスキ	(-) (+)	(-) (+)	(-) (+)
トレムナー	(-) (+)	(-) (+)	チャドック	(-) (+)	(-) (+)	(-) (+)
(腹壁) 上			(膝クローヌス)	(-) (+)	(-) (+)	(-) (+)
下			足クローヌス	(-) (+)	(-) (+)	(-) (+)

8) 協調運動

	右	左
指一鼻一指	正常、拙劣	正常、拙劣
かかと一膝	正常、拙劣	正常、拙劣
反復拮抗運動	正常、拙劣	正常、拙劣

- 9) 髄膜刺激徵候 頸部硬直 (-) (+)、ケルニッヒ徵候 (-) (+)
 10) 脊柱 正常、異常()、ラゼーク徵候 (-) (+)
 11) 姿勢 正常、異常()
 12) 自律神經 排尿機能 正常、異常()
 排便機能 正常、異常()
 起立性低血圧 (-) (+)
 13) 起立、歩行 ロンベルク試験 正常、異常、マン試験 正常、異常
 歩行 正常、異常()
 つぎ足歩行(可能・不可能)、しゃがみ立ち(可能・不可能)



神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師

署名

(別紙様式 19 の2)

小児神経学的検査チャート

月　　日　　時　　分

患者氏名 _____ (男、女)

患者 ID _____

生年月日 _____ 年　月　日

年齢 _____ 歳　ヶ月 (修正　歳　ヶ月)

1 身体発育：身長____cm (____SD)、体重____kg (____SD)、頭囲____cm (____SD)

2 発達指數 (DQ) 遠城寺式乳幼児分析的発達検査表またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。

遠城寺 移動____、手運動____、基本習慣____、対人関係____、発語____、言語理解____

デンバー 粗大運動____、言語____、微細運動 - 適応____、個人-社会____

3 精神状態

a) 意識：清明、意識不鮮明、傾眠、混迷、半昏睡、昏睡、せん妄

b) Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)

4 行動 多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、()

5 肢位・姿勢・不随意運動（寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可）

除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、()

不随意運動 (-・+ 種類 部位 :)

6 移動、起立、歩行

背這い、寝返り、座位移動、すり這い、高這い、伝い歩き、独歩

片足立ち (右 秒 / 左 秒、不能) つぎ足歩行 (可能 不能)

かかと歩き (可能 不能) つま先歩き (可能 不能)

ガワーズ徵候 (- / +)

7 脳神経

II 視力 (右:正常, 低下 左:正常, 低下)

視野 (右:正常, 低下 左:正常, 低下)

眼底 : 乳頭 (正常, 浮腫, 充血, 萎縮)、網膜 (正常、)

III, IV, VI (固視、追視、)

眼瞼下垂 (右:-/+ 左:-/+) 眼球位置 (正常, 斜視, 共同偏視)

眼球運動 (正常 , 異常 ()) 眼振 (- / +)

瞳孔 ; (正円, 不正, 縮瞳, 散瞳, 瞳孔不同) 対光反射 (右:-/+ 左:-/+)

V 咀嚼について問診 (正常・異常 ())

下顎の運動 (正常、異常) 咬筋 側頭筋 (正常、異常)

VII 口角 (対称, 非対称) 閉眼 (正常 , 異常)

VIII 聴力 (正常、異常) 視運動性眼振 (- / +) 回転誘発眼振 (- / +)

IX,X 嘔下障害 (- / +) 咽頭反射 (- / +) 軟口蓋 (対称、非対称)

嘔声 (- / +) 鼻声 (- / +)

XI 胸鎖乳突筋 (右: 左:) 僧帽筋 (右: 左:)

XII 舌運動 (正常 , 異常) 舌萎縮 (- / +) 線維束性攣縮 (- / +)

8 感覚 痛覚 正常, 障害 (部位)

9 筋力 年長児は MMT(0.~5)、乳幼児は ADL での評価で代替可

	右	左
上肢バレー	- / +	- / +
上腕二頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
上腕三頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
大腿屈筋群	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
前脛骨筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
腓腹筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

10 筋肉量

筋萎縮 (- / +) (部位)

肥大／仮性肥大 (- / +) (部位:)

11 筋緊張

硬さ 正常 亢進 低下 (部位)

被動性 正常 亢進 低下 (部位)

伸展性 Double folding (- / +) 逆U姿勢 (- / +)

Slip through sign (- / +) スカーフ徵候 (- / +) 踵耳徵候 (- / +)

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈(背屈)角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮 -/+ (部位)

関節変形 -/+ (部位)

12 深部腱反射

	右	左
下顎	- + 2+	
上腕二頭筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
上腕三頭筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
腕とう骨筋	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
膝蓋腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
アキレス腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+

13 病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	— +	— +
チャドック	— +	— +
手掌頤	— +	— +
ワルテンベルグ	— +	— +
足クローヌス	— +	— +

14 原始反射 乳探し反応（－／+）吸啜反応（－／+）

モロー反射（－／+） 手掌把握（－／+） 足底把握（－／+）

逃避反射（－／+） 交差伸展反射（－／+）

足踏み反射（－／+） 踏み直り反射（－／+） ギャラン反射（－／+）

15 姿勢反射 非対称性緊張性頸反射（－／+）引き起こし反応（－／+）

陽性支持反応（－／+） パラシュート反応 前方（－／+）

ランドー反応（－／+） ホッピング反応（－／+）

16 髓膜刺激症状 大泉門（× cm、陥凹、平坦、膨隆）

項部硬直（－／+）

ケルニッヒ徵候（－／+） ブルジンスキ一徵候（－／+）

17 神経学的所見のまとめ

(別紙様式20)

年 月 日

主 治 医 氏 名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

私は、現在の疾病的診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名)

印

(家族等氏名)

印

(患者との続柄：)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

リハビリテーション実施計画書					
患者氏名 算定病名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年月日) 発症日・手術日 (年月日) リハ開始日 (年月日)		
併存疾患・合併症	治療内容 □ 理学療法 □ 作業療法 □ 言語療法 安静度・リスク	禁忌・特記事項			
心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載					
<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS)) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 <input type="checkbox"/> EF(%) <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狹心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 (口 麻痺 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ パーキンソンズム) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (口 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (口 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他 ()) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (口 記憶 □ 注意 □ 行走 □ 失認 □ 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 (口 自閉スペクトラム症 □ 学習障害 □ 注意欠陥多動性障害)		
基本動作					
<input type="checkbox"/> 寝返り (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)			<input type="checkbox"/> 座位保持 (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> その他 ()		
日常生活活動(動作)(実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載					
項目	得点		開始時→現在		使用用具及び介助内容等
	FIM	BI			
運動	セルフケア	食事 →	10・5・0 →	10・5・0	
	清拭・入浴	→	5・0 →	5・0	
	更衣(上半身)	→	10・5・0 →	10・5・0	
	更衣(下半身)	→			
	トイレ	→	10・5・0 →	10・5・0	
	排泄	排尿コントロール →	10・5・0 →	10・5・0	
	移乗	排便コントロール →	10・5・0 →	10・5・0	
移動	ヘッド、椅子、車椅子 →	15・10 ・5・0 →	15・10		
	トイレ		→	・5・0	
	浴槽・シャワー	→			
	歩行 (杖・装具:)	→	15・10 ・5・0 →	15・10 ・5・0	
車椅子					
階段	→	10・5・0 →	10・5・0		
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		→	→		
認知	コミュニケーション	理解 →			
	表現	→			
	社会的交流	→			
	問題解決	→			
	記憶	→			
	小計 (FIM 5-35)	→			
合計 (FIM 18-126)		→			
栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)					
基礎情報 <input type="checkbox"/> 身長(*1): ()cm <input type="checkbox"/> 体重: ()kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): ()kg/m ² *1: 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可) <input type="checkbox"/> 経口(□ 食事 □ 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管(□ 経鼻胃管 □ 胃瘻 □ その他), <input type="checkbox"/> 静脈(□ 末梢 □ 中心) 嘔下調整食の必要性: (□ 無 □ 有:(学会分類コード))					
栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養) 評価項目 表現型(□ 体重減少、□ 低BMI、□ 筋肉量減少) 病因(□ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、□ 疾病負荷/炎症) ② GLIM基準以外の評価: □ 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()					
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】					
必要栄養量 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g 総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g *2: 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可					
口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)					
義歯の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 虫歯の腫れ、出血: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯の汚れ(□ あり、□ なし) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる(□ できない、□ できる) その他 ()					
社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ					
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(□ 1 □ 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 級		<input type="checkbox"/> その他(難病等) <input type="checkbox"/> 障害程度 <input type="checkbox"/> 目標(終了時) <input type="checkbox"/> 予定期間() <input type="checkbox"/> 退院先() <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要	
目標(1ヶ月)			目標(終了時)		
治療方針(リハビリテーション実施方針)			治療内容(リハビリテーション実施内容)		
リハ担当医 理学療法士 言語聴覚士 管理栄養士		主治医 作業療法士 看護師 社会福祉士		説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名	
説明者署名					

(別紙様式21の6)

リハビリテーション実施計画書

入院 外来 / 訪問 通所 / 入所

評価日：西暦□□年□□月□□日

氏名：□□□□□様

性別：□男・女

生年月日：□□□年□□月□□日

(□□歳) 要支援 要介護

リハビリテーション担当医：□□□□□

担当：□□□□□

（□PT OT ST 看護職員 その他従事者（□□□□□））

■本人・家族等の希望（本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、家族が支援できること等）

■健康状態、経過

原因疾病：発症日・受傷日：年□月□日 直近の入院日：年□月□日 直近の退院日：年□月□日

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

合併症：

□脳血管疾患 □骨折 □誤嚥性肺炎 □うっ血性心不全 □尿路感染症 □糖尿病 □高血圧症 □骨粗しょう症 □関節リウマチ □がん □うつ病 □認知症 □褥瘡

※上記以外の疾患⇒ □神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患 □内分泌疾患 □皮膚疾患 □精神疾患 □その他（□□□□□）

コントロール状態：

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：

目標設定等支援・管理シート：□あり □なし 障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感觉機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 ()	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害（BPSD）	あり	あり	
□6分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	自立		
□MMSE □HDS- コミュニケーションの状況			

■活動（基本動作）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期：ヶ月後）

利用者・ご家族への説明：西暦□□年□□月□□日

特記事項：

(別紙様式22)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院	・ 外来
生年月日	年 月 日(歳)	入院日	年 月 日
主傷病		廃用症候群の診断日	年 月 日
要介護度	要介護 ・ 要支援	リハビリテーション起算日	年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			廃用症候群リハビリテーション料 I ・ II ・ III			
1	廃用を生じる契機となった疾患等					
2	廃用に至った経緯等					
3	手術の有無		有 ・ 無			
	手術名					
	手術年月日		年 月 日			
4	治療開始時のADL		BI	点	FIM	点
	月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)	月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
		月	BI	点	FIM	点
5	一月当たりの リハビリテーション	実施 日数	日			
		提供 単位数	単位			
6	リハビリテーションの内容		具体的に記載すること			
7	改善に要する見込み期間		<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上		<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月	
8	前回の評価からの 改善や変化		-1 悪化	0 維持	1	2 改善大
BI・FIMで()点程度の改善						

〔記載上の注意〕

- 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
- 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。
- 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コードと疾病分類の対応表		
感染症及び寄生虫症	041 屈折及び調節の障害 042 その他の眼及び付属器の疾患	084 その他の消化器系の疾患
001 腸管感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 005 ウィルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	耳及び乳様突起の疾患 043 外耳炎 044 その他の外耳疾患 045 中耳炎 046 その他の中耳及び乳様突起の疾患 047 メニエール病 048 その他の内耳疾患 049 その他の耳疾患	皮膚及び皮下組織の疾患 085 皮膚及び皮下組織の感染症 086 皮膚炎及び湿疹 087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
新生物	循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患
010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 乳房の悪性新生物 016 子宮の悪性新生物 017 悪性リンパ腫 018 白血病 019 その他の悪性新生物 020 良性新生物及びその他の新生物	050 高血圧性疾患 051 虚血性心疾患 052 その他の心疾患 053 くも膜下出血 054 脳内出血 055 脳梗塞 056 脳動脈硬化(症) 057 その他の脳血管疾患 058 動脈硬化(症) 059 痍核 060 低血圧(症) 061 その他の循環器系の疾患	088 炎症性多発性関節障害 089 関節症 090 脊椎障害(脊椎症を含む) 091 椎間板障害 092 頸腕症候群 093 腰痛症及び坐骨神経痛 094 その他の脊柱障害 095 肩の傷害<損傷> 096 骨の密度及び構造の障害 097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	呼吸器系の疾患	腎尿路生殖器系の疾患
021 貧血 022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	062 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒> 063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎 064 その他の急性上気道感染症 065 肺炎 066 急性気管支炎及び急性細気管支炎 067 アレルギー性鼻炎 068 慢性副鼻腔炎 069 急性又は慢性と明示されない気管支炎 070 慢性閉塞性肺疾患 071 哮息 072 その他の呼吸器系の疾患	098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 099 腎不全 100 尿路結石症 101 その他の腎尿路系の疾患 102 前立腺肥大(症) 103 その他の男性生殖器の疾患 104 月経障害及び閉経周辺期障害 105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
内分泌、栄養及び代謝疾患		妊娠、分娩及び産じょく
023 甲状腺障害 024 糖尿病 025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患		106 流産 107 妊娠高血圧症候群 108 単胎自然分娩 109 その他の妊娠、分娩及び産じょく
精神及び行動の障害		周産期に発生した病態
026 血管性及び詳細不明の認知症 027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 028 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 029 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) 030 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 031 知的障害<精神遅滞> 032 その他の精神及び行動の障害	073 う蝕 074 歯肉炎及び歯周疾患 075 その他の歯及び歯の支持組織の障害 076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 077 胃炎及び十二指腸炎 078 アルコール性肝疾患 079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) 080 肝硬変(アルコール性のものを除く) 081 その他の肝疾患 082 胆石症及び胆のう炎 083 膵疾患	110 妊娠及び胎児発育に関連する障害 111 その他の周産期に発生した病態
神経系の疾患		先天奇形、変形及び染色体異常
033 パーキンソン病 034 アルツハイマー病 035 てんかん 036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 037 自律神経系の障害 038 その他の神経系の疾患		112 心臓の先天奇形 113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
眼及び付属器の疾患		症状、徵候及び異常所見等で他に分類されないもの
039 結膜炎 040 白内障		114 症状、徵候及び異常所見等で他に分類されないもの
		損傷、中毒及びその他の外因の影響
		115 骨折 116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 117 熱傷及び腐食 118 中毒 119 その他の損傷及びその他の外因の影響

リハビリテーション実施計画書							
患者氏名 算定病名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年月日)				
併存疾患・合併症	治療内容		発症日・手術日 (年月日)				
	□ 理学療法 □ 作業療法 □ 言語療法 安静度・リスク		リハ開始日 (年月日)				
禁忌・特記事項							
心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載							
<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS)) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 - <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF(%) <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 - <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 - <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴 - <input type="checkbox"/> 狹心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 禽瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 (口 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソンズム) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (口 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (口 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (口 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 (口 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)				
基本動作							
<input type="checkbox"/> 寝返り (口 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (口 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (口 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)			<input type="checkbox"/> 座位保持 (口 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (口 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> その他 ()				
日常生活活動(動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載							
項目	得点	開始時→現在					
	FIM	BI	使用用具及び 介助内容等				
運動	セルフケア	食事 →	10・5・0	→	10・5・0		
		整容 →	5・0	→	5・0		
		清拭・入浴 →	5・0	→	5・0		
		更衣(上半身) →	10・5・0	→	10・5・0		
		更衣(下半身) →	10・5・0	→	10・5・0		
		トイレ →	10・5・0	→	10・5・0		
		排泄	排尿コントロール →	10・5・0	→	10・5・0	
		排便コントロール →	10・5・0	→	10・5・0		
		移乗	ベッド、椅子、車椅子 →	15・10	→	15・10	
			トイレ →	・5・0	→	・5・0	
認知	移動	浴槽・シャワー →	15・10	→	15・10		
		歩行 (杖・装具:) →	・5・0	→	・5・0		
		車椅子 →	10・5・0	→	10・5・0		
		階段 →	10・5・0	→	10・5・0		
		小計 (FIM 13-91、BI 0-100) →	→	→	→		
栄養	コミュニケーション	理解 →					
		表現 →					
		社会的交流 →					
		社会認識 問題解決 →					
		記憶 →					
		小計 (FIM 5-35) →					
		合計 (FIM 18-126) →					
栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)							
基礎情報 <input type="checkbox"/> 身長(*1): ()cm <input type="checkbox"/> 体重: ()kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): ()kg/m ² *1: 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可) <input type="checkbox"/> 経口(口 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管(口 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他), <input type="checkbox"/> 静脈(口 末梢 <input type="checkbox"/> 中心) 嘔下調整食の必要性: (口 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード))							
栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(口 中等度低栄養、口 重度低栄養) 該当項目 表現型(口 体重減少、口 低BMI、口 筋肉量減少) 病因(口 食事摂取量減少/消化吸收能低下、口 疾病負荷/炎症) ② GLIM基準以外の評価: 口 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()							
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】							
必要栄養量 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g 総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g *2: 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可							
口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)							
義歯の使用: 口あり <input type="checkbox"/> なし 齒肉の腫れ、出血: 口あり <input type="checkbox"/> なし 齒の汚れ(口あり、口なし) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる(口できない、口できる) その他 ()							
社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ							
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(口 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(口 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級		<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 <input type="checkbox"/> その他(難病等) <input type="checkbox"/> 障害程度 <input type="checkbox"/> 目標(終了時) <input type="checkbox"/> 予定期間() <input type="checkbox"/> 退院先() <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要			
治療方針(リハビリテーション実施方針)			治療内容(リハビリテーション実施内容)				
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____			説明を受けた人:本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名				
説明者署名							

目標 ※該当する項目のみ記載する						具体的な対応方針 ※必要な場合記載する
参加	<input type="checkbox"/> 居住場所 - <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 復職 - <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 就学・復学・進学 - <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 就学に要配慮 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 療育・通学先 () <input type="checkbox"/> 通学方法の変更 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割 () <input type="checkbox"/> 社会活動 () <input type="checkbox"/> 趣味 ()					
活動	<input type="checkbox"/> 床上移動(寝返り、すり這い移動、四つ這い移動など) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 装具・杖等 <input type="checkbox"/> 環境設定 <input type="checkbox"/> 屋内移動 - <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等() <input type="checkbox"/> 屋外移動 - <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等() <input type="checkbox"/> 自動車運転 - <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 改造() <input type="checkbox"/> 公共交通機関利用 - <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 種類() <input type="checkbox"/> 排泄(移乗以外) - <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(<input type="checkbox"/> 下衣操作 <input type="checkbox"/> 拭き動作 <input type="checkbox"/> カテーテル) <input type="checkbox"/> 種類(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 食事 - <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> フォーク等 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは経管 <input type="checkbox"/> 食形態() <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗体介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助 <input type="checkbox"/> 家事 - <input type="checkbox"/> 全て実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: () <input type="checkbox"/> 書字 - <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: () <input type="checkbox"/> PC・スマートフォン・ICT <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション機器 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 他者からの協力					

	対応を要する項目	具体的な対応方針
心理	<input type="checkbox"/> 精神的支援 () <input type="checkbox"/> 障害の受容 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
環境	<input type="checkbox"/> 自宅の改築等 () <input type="checkbox"/> 福祉機器の導入 () <input type="checkbox"/> 社会保障サービス - <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 難病・小慢受給者証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護保険サービス - <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等 - <input type="checkbox"/> 放課後デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療・福祉) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()	
第三者の不利	<input type="checkbox"/> 退院後の主介護者 () <input type="checkbox"/> 家族構成の変化 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割の変化 () <input type="checkbox"/> 家族の社会活動変化 ()	

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日

説明・交付日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--	--	--	--	--	--

2. ADL評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点）
(Barthel Index の場合)

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
合計(0-100 点)	点			合計(0-100 点)	点	

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション	現時点
			開始時点 得点	
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
		浴槽・シャワー		
	移動	歩行・車椅子		
		階段		
	小計			
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
	小計			
	合計			

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		

活動		
----	--	--

社会参加		
------	--	--

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

- ・医師の説明の内容

- ・患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）

介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）

紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

[記載上の注意]

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

(別紙様式24)

(精 神 科) 退 院 療 養 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿

年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他の	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____

印

酸素の購入価格に関する届出書 (年度)

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (C E)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 1 月								
2 月								
3 月								
4 月								
5 月								
6 月								
7 月								
8 月								
9 月								
10 月								
11 月								
12 月								
計								
単価								

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (C E)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

3 その他

購入業者名	種類 (液化酸素、ボンベ)

上記のとおり届出します。

年 月 日

医療機関コード	
---------	--

所在地
保険医療機関
名 称
開設者

殿

[記載上の注意事項]

- 1 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
- 2 対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。
なお、平成30年1月1日から令和元年9月30日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に108分の110を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。

(別紙様式26)

年 月 日

主 治 医 氏 名	
1. 輸血の種類（自己 血輸血*を含む。）と 使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸 血を行わない場合の危 険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要と される感染症検査及び 患者血液の保管	
5. その他留意点（副作 用・感染症救済制度 等）	

* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病的診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患者氏名)

印

(家族等氏名)

印

(患者との続柄：)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長 殿

診療年月 年 月

患者名	男・女	入院日	年 月 日
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	退院日 (既に退院している場合)	年 月 日
入院の契機となった傷病名	() () ()	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア 脳卒中の後遺症 イ 認知症 ウ その他 ()
入院前の状況 (当てはまるもの全てに○をつける)	一人暮らし ・ 同居家族あり (両親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ その他) ・ 施設等 同居していないが家族あり ・ その他()		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア 咳痰吸引 → 1日 ()回 イ 経管栄養 → 手法: 胃ろう ・ 鼻腔栄養 ウ 中心静脈栄養 エ 気管切開又は気管内挿管 オ 褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間 ()日 カ その他の創傷処置 キ 酸素投与 ク その他()		
現在の医学的な状態	安定 ・ 変動はあるが概ね安定 ・ 変動が大きい ・全く安定していない 具体的な内容:		
看護職員による看護提供の状況	ア 定時の観察のみで対応 イ 定時以外に1日1回～数回の観察および処遇が必要 ウ 頻回の観察および処遇が必要 エ 24時間観察および処遇が必要 理由()		
退院支援を主に担う者 (当てはまるもの全てに○をつける)	ア 担当医 イ 退院支援専任の医師 ウ 病棟看護職員 エ 退院支援に専任の看護職員 オ 社会福祉士 カ その他()		
退院に係る問題点、課題等	ア 患者の医学的状態が安定しない イ 医療的状態は安定しており退院が可能		
	a 退院の日程は決定しており、退院待ちの状態 b 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ・自宅の受け入れ状況の調整中のため ・介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ・その他() c 退院先も退院日程も決定していない ・他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ・介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ・退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができない ・適切な退院先がわからない ・今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない ・今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため ・その他()		
退院へ向けた支援の概要			退院後に利用が予想される社会福祉サービス等
予想される退院先	ア 自宅 イ 有料老人ホーム、グループホーム等の施設 ウ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ 療養病床等の長期療養型医療施設 オ その他()		

(医療機関名)

(退院支援計画担当者)

(別紙様式 28)

初診料及び外来診療料の注2、注3に掲げる報告書

報告年月日： 年 月 日

区分の種類	<input type="checkbox"/> 注2 <input type="checkbox"/> 注3
保険医療機関の種類	<input type="checkbox"/> 特定機能病院
	<input type="checkbox"/> 地域医療支援病院 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)
	<input type="checkbox"/> 紹介受診重点医療機関 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)
	<input type="checkbox"/> 上記以外の許可病床数が400床以上の病院 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)
① 初診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
② 再診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
③ 紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
④ 逆紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
⑤ 救急患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名
⑥ 紹介割合 = (③+⑤) ÷ ① × 100	%
⑦ 逆紹介割合 = ④ ÷ (①+②) × 1,000	%

[記載上の注意]

- 「①」から「⑤」までの「初診の患者数」、「再診の患者数」、「紹介患者数」、「逆紹介患者数」、「救急患者数」については、区分番号「A000」初診料の(7)及び区分番号「A002」外来診療料の(3)を参照すること。
- 「①」から「⑤」までの「期間」については、原則として報告時の前年度の1年間とする。
ただし、報告時の前年度の1年間の実績が基準に満たなかった場合には、報告年度の連続する6月間とする。
新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること。

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日

年 月 日

(ふりがな)		性別				
氏名		(男・女)	ID:			
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)			病棟:			
診断(身体疾患)	1)		2)			
診断(精神疾患)	1)		2)			
実施要件	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院 <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する <input type="checkbox"/> その他()					
<現症>		【重症度】				
精神症状	不安・焦燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	自殺念慮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	睡眠障害	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
		傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
問題行動		徘徊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
意識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症		
認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症		
その他(具体的に) ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症		

【重症度評価】 軽症: 入院治療継続に支障がない 中等症: 入院治療継続に支障がでている
 重症: 入院治療継続が困難である

<その他の状態>		
精神機能の全体的評価(GAF)尺度 [] (0~100)		
身体活動状態	全般	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、1日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している
	歩行	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
	排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル
	食事	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
	入浴	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可

<総合評価と今後の方針>		
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
<input type="checkbox"/> 軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
<input type="checkbox"/> 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

		今後の治療計画	
治療評価 (I)	薬物療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	心理療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	ソーシャルワーク	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	心理教育	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	服薬指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	作業療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	その他	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	退院後も精神科医療(外来など) が継続できるような調整	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
治療評価 (II)	精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	その他(具体的に) ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
治療評価 (III)	精神機能の全体的評価 (GAF)尺度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	身体活動状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
主治医	精神科医		
看護師	精神保健福祉士		
作業療法士	薬剤師		
公認心理師	()		
次回の再評価予定日		年 月 日	
本人・家族への説明日		年 月 日	

(別紙様式29の2)

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日

年 月 日

(ふりがな)		性別			
氏名		(男・女)	ID:		
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)			病棟:		
診断(身体疾患)	1)		2)		
診断(精神疾患)	1)		2)		
実施要件	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院 <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する <input type="checkbox"/> その他()				
<現症>		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	自殺念慮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
睡眠障害	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	徘徊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
問題行動	暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
意識障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
認知機能障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
その他(具体的に) ()		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症

【重症度評価】 軽症: 入院治療継続に支障がない 中等症: 入院治療継続に支障がでている
 重症: 入院治療継続が困難である

<その他の状態>				
精神機能の全体的評価(GAF)尺度		[] (0-100)		
身体活動状態	全般	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、1日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不可
	排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> ポータブル
	食事	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不可
	入浴	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 不可

<総合評価と今後の方針>			
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法	
<input type="checkbox"/> 軽症	精神症状を伴っている	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム回診でのフォロー 	
<input type="checkbox"/> 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等) 	
<input type="checkbox"/> 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等) 	
<input type="checkbox"/> 最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病棟での治療を検討 	

治療目標	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつの改善 <input type="checkbox"/> 自殺念慮の消失 <input type="checkbox"/> 精神疾患の治療継続、軽快 <input type="checkbox"/> その他() 				
	治療計画 (I)	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 抗精神病薬	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬	<input type="checkbox"/> 気分安定薬
			<input type="checkbox"/> 抗不安薬	<input type="checkbox"/> 睡眠薬	<input type="checkbox"/> 認知症治療薬
			<input type="checkbox"/> その他()		
治療計画 (II)		<input type="checkbox"/> 心理療法		<input type="checkbox"/> ソーシャルワーク	
	<input type="checkbox"/> 心理教育		<input type="checkbox"/> 服薬指導		
	<input type="checkbox"/> 作業療法		<input type="checkbox"/> その他()		
現 症		短期目標	具体的アプローチ		
精神症状	不安・焦燥				
	抑うつ				
	せん妄				
	幻覚・妄想				
	興奮				
	自殺念慮				
睡眠障害	()				
問題行動	()				
意識障害					
認知機能障害					
その他 (具体的に)	()				
主治医			精神科医		
看護師			精神保健福祉士		
作業療法士			薬剤師		
公認心理師			()		
次回の再評価予定日		年 月 日			
本人・家族への説明日		年 月 日			

病棟薬剤業務日誌

年　　月　　日

病棟名 : _____

病棟専任の薬剤師名 : _____

1 この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間

時間

2 業務時間・業務内容・実施薬剤師名

業務時間		業務内容	実施 薬剤師名	業務時間		業務内容	実施 薬剤師名
時間帯	小計			時間帯	小計		

※ 実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。

- ① 医薬品の投薬・注射状況の把握
- ② 医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ④ 2種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ⑤ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ⑦ その他（業務内容を具体的に記入すること。）

※ 当該病棟以外の場所で実施した病棟薬剤業務についても、実施場所とともに記載すること。

3 その他

--

(別紙様式 31)

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

(1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
(2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
(3) (2) ÷ (1)	

2 精神科デイ・ケア等の平均実施期間

精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 報告年の 9 月末までの月数の平均	月
-------------------------------------------	---

[記載上の注意点]

- 1 精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。
- 2 「1」の(1)について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 1 回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 3 「1」の(2)について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 14 回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 4 「2」について、「1」(3) が 0.8 未満である場合には、記載する必要はないこと。記載する場合には、報告年度の 9 月 1 日から 9 月 30 日に 1 回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 9 月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。

(別紙様式32)

認知症療養計画書

説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	申請予定・申請中 非該当・要支援(Ⅰ・Ⅱ)・要介護(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)

I. 症状

認知障害 (MMSE、HDS-R等)	
生活障害 (IADL, ADL)	
行動・心理症状 (DBD等)	
介護上特に問題となる症状	

II. 家族又は介護者による介護の状況

--

III. 治療計画

	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害			
生活障害			
行動・心理症状			
総合			

IV. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

--

V. 緊急時の対応方法・連絡先

--

VI. 特記事項

--

担当医

本人又は家族又は介護者の署名

認知症療養計画書

ID 番号 _____ 患者氏名 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳)
_____ 認知症疾患医療センター 説明医 _____

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

かかりつけ医へ伝達事項 (注: 認知症療養指導料 3 を算定する場合には、今後の療養指導に必要な事項として記載のこと)

●症状 (認知機能障害／行動・心理症状) 経過等、生活状況等

●身体合併症・身体機能障害、血液検査、神経画像検査、診断等

●要介護認定の状況 (※該当に○をつける)

未申請・申請中・非該当・要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5

●現在の医療、介護等の社会支援サービス、その他

●今後の医療、必要とされる介護等の社会支援サービス、その他

本人・家族へ伝達事項

●診察結果 (病状、身体合併症等)

●今後の生活上の留意点、その他

説明を受けた方 (本人または家族・介護者等) の署名 _____ 続柄 (_____)

(別紙様式 33)

DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者：
評価者：
評価日： 年 月 日
評価時間： ~

コード	
0	= なし、正常
1	= ごく軽度、不確実
2	= 軽度
3	= 中等度
4	= 重度

適当なもの 1 つに丸をつける。

1 歩行 Gait

0 1 2 3 4

小刻みな遅い歩き方。速度の低下、歩幅の減少、上肢の振れの減少、前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。

2 動作緩慢 Bradykinesia

0 1 2 3 4

動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ（仮面様顔貌）や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。

3 流涎 Sialorrhea

0 1 2 3 4

唾液分泌過多。

4 筋強剛 Muscle rigidity

0 1 2 3 4

上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象、ろう屈現象、鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。

5 振戦 Tremor

0 1 2 3 4

口部、手指、四肢、軀幹に認められる反復的、規則的（4～8 Hz）で、リズミカルな運動。

6 アカシジア Akathisia

0 1 2 3 4

静座不能に対する自覚；下肢のムズムズ感、ソワソワ感、絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状（身体の振り動かし、下肢の振り回し、足踏み、足の組み換え、ウロウロ歩きなど）についても評価する。

7 ジストニア Dystonia

0 1 2 3 4

筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌、頸部、四肢、軀幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり、持続的な異常ポジション、舌の突出捻転、斜頸、後頸、牙關緊急、眼球上転、ピサ症候群などを評価する。

8 ジスキネジア Dyskinesia

0 1 2 3 4

運動の異常に亢進した状態。顔面、口部、舌、頸、四肢、軀幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞踏病様運動、アテトーゼ様運動は含むが、振戦は評価しない。

9 概括重症度 Overall severity

0 1 2 3 4

錐体外路症状全体の重症度。

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

事業者		事業者種別						
		事業者名称						
対象者	氏名		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
	住所							電話 () -
	要介護認定区分	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)					
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
	主たる疾患(障害)名							
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養						
指示内容	具体的な提供内容							
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)							
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)							
	その他留意事項 (介護職員等)							
その他留意事項 (看護職員)								
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ : _____ Fr、種類 :						
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類:ボタン型・チューブ型、サイズ: _____ Fr、_____ cm						
	3. 吸引器							
	4. 人工呼吸器	機種:						
	5. 気管カニューレ	サイズ : 外径 _____ mm、長さ _____ mm						
	6. その他							
	緊急時の連絡先 不在時の対応法							

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。

2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

別紙36

抗不安薬

オキサゾラム
クロキサゾラム
クロラゼブ酸二カリウム
ジアゼパム
フルジアゼパム
プロマゼパム
メダゼパム
ロラゼパム
アルプラゾラム
フルタゾラム
メキサゾラム
トフィソパム
フルトプラゼパム
クロルジアゼボキシド
ロフラゼブ酸エチル
タンドスピロンクエン酸塩
ヒドロキシジン塩酸塩
クロチアゼパム
ヒドロキシジンパモ酸塩
エチゾラム
ガンマオリザノール

睡眠薬

プロモバレリル尿素
抱水クロラール
エスタゾラム
フルラゼパム塩酸塩
ニトラゼパム
ニメタゼパム
ハロキサゾラム
トリアゾラム
フルニトラゼパム
プロチゾラム

ロルメタゼパム
クアゼパム
アモバルビタール
バルビタール
フェノバルビタール
フェノバルビタールナトリウム
ペントバルビタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクリン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクリン
ラメルテオン
スポレキサント
レンボレキサント
メラトニン

抗うつ薬
クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ノルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ペモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラゾドン塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシプラン塩酸塩
パロキセチン塩酸塩水和物
塩酸セルトラリン
ミルタザピン

デュロキセチン塩酸塩
エシタロプラムシュウ酸塩
ベンラファキシン塩酸塩
ボルチオキセチン臭化水素酸塩

抗精神病薬(○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)

<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩
ペルフェナジン
ペルフェナジンマレイン酸塩
プロペリシアジン
フルフェナジンマレイン酸塩
プロクロルペラジンマレイン酸塩
レボメプロマジンマレイン酸塩
ピパンペロン塩酸塩
オキシペルチン
スピペロン
スルピリド
ハロペリドール
ピモジド
ゾテビン
チミペロン
プロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトブリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナブリド
レセルビン
△ ハロペリドールデカン酸エステル
△ フルフェナジンデカン酸エステル

<非定型薬>

○△リスペリドン
○ クエチアピンフマル酸塩
○ ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)

- オランザピン
- △アリピプラゾール(アリピプラゾール水和物)
- ブロナンセリン
- クロザピン
- パリペリドン
- △パリペリドンパルミチン酸エステル
- アセナピンマレイン酸塩
- プレクスピプラゾール
- ルラシドン塩酸塩

別紙 36 の 2

抗精神病薬一般名	クロルプロマジン 100mg 相当量
クロルプロマジン塩酸塩	100 mg
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	100 mg
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩	10 mg
ペルフェナジン	10 mg
ペルフェナジンマレイン酸塩	10 mg
プロペリシアジン	20 mg
フルフェナジンマレイン酸塩	2 mg
プロクロルペラジンマレイン酸塩	15 mg
レボメプロマジンマレイン酸塩	100 mg
ピパンペロン塩酸塩	200 mg
オキシペルチン	80 mg
スピペロン	1 mg
スルピリド	200 mg
ハロペリドール	2 mg
ビモジド	4 mg
ゾテビン	66 mg
チミペロン	1.3 mg
ブロムペリドール	2 mg
クロカプラミン塩酸塩水和物	40 mg
スルトプリド塩酸塩	200 mg
モサプラミン塩酸塩	33 mg
ネモナブリド	4.5 mg
レセルビン	0.15 mg
リスペリドン	1 mg
クエチアピンフマル酸塩	66 mg
ペロスピロン塩酸塩水和物 (ペロスピロン塩酸塩)	8 mg
オランザピン	2.5 mg
アリピプラゾール	4 mg
ブロナンセリン	4 mg
クロザピン	50 mg
パリペリドン	1.5 mg
パリペリドンパルミチン酸エステル	1.5 mg

退院支援委員会会議記録

(患者氏名) _____ 殿 生年月日 年 月 日

委員会開催日： 年 月 日

病棟(病室)	
病名	
入院年月日	
担当退院支援相談員の氏名	
出席者	主治医()、主治医以外の医師() 看護職員() 担当退院支援相談員() 本人(出席・欠席)、家族() (続柄) その他()
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整() 2. 受け入れ先の確保が困難() 3. 生活費の確保が困難() 4. 自己負担の費用が増加() 5. その他()
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設() 3. 介護保険サービスによる入所施設() 4. その他()
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者	

(担当医)

印

(記録者署名)

印

別紙様式 3 9

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
(区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方箋料、「I002」
通院・在宅精神療法、「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精
神薬多剤投与に係る部分)

区分	氏名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

[記載上の注意]

- 1 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
 - ① 臨床経験を 5 年以上有する医師であること。
 - ② 適切な保険医療機関において 3 年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
 - ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成 21 年総務省告示第 176 号（統計法第 28 条及び附則第 3 条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）において F0 から F9 の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
 - ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 2 「1」について確認できる文書を添付すること。

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名					
郵便番号					
住所					
標榜科	精神科	・	心療内科	・	どちらもない
対象期間	年 月 日から	年 月 日の3月間			
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)				名	

1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②			
名	名	うち、抗うつ薬の投与を受けて いる患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けて いる患者数④

2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤						
名	名	うち、抗不安 薬3種類以 上の投与を 受けている 患者数⑥	うち、睡眠薬 3種類以 上の投与を 受けている 患者数⑦	うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬 3種類以上の投与を受けている患者数⑧	うち、抗うつ 薬3種類以 上の投与を 受けている 患者数⑨	うち、抗精神 病薬3種類以 上の投与を 受けている 患者数⑩

$$\text{⑧} / \text{②} = \boxed{} \%$$

※ ⑧／②が10%未満であるか、又は⑧が20名未満である場合、「I O O 2」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料（3）（イ）から（ニ）への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

1ヶ月目・2ヶ月目・3ヶ月目・4ヶ月目・5ヶ月目・6ヶ月目

(該当する項目を○で囲んでください。)

フリガナ 氏名	生年 月日	明治・大正 昭和・平成・ 令和	年月日(歳)	性別	男・女
------------	----------	-----------------------	--------	----	-----

(1) 病名

主たる精神障害：_____ 従たる精神障害：_____

身体合併症：_____

(2) 直近の入院状況

- ・直近の入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日 入院期間： 年 ケ月
- ・入院形態：□任意 □医療保護 □措置（緊急措置含） □応急 □医療観察法 退院時 GAF ()
- ・通院困難な理由 ()

(3) 現在の病状、状態像等（本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載）

本人	
医療者	

(4) 処方内容

(5) 生活能力の状態

1. 現在の生活環境
 - 独居 □家族等と同居 □入所（施設名： ） □その他（ ）
 - ◎家族の協力体制 【あり・困難】
2. 日常生活動作（ADL）

・ベッド上の可動性	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・移乗	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・食事	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・トイレの使用	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・入浴	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・衣服の着脱	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存

◎先月と比較して、【改善・不变・悪化】
3. 日常生活能力の判定

・適切な食事摂取	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・身辺の清潔保持・規則正しい生活	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・金銭管理	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・買物	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・服薬管理	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・対人関係	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・身辺の安全保持・危機対応	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・社会的手続きや公共施設の利用	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・趣味・娯楽への関心	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・交通手段の利用	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助

◎先月と比較して、【改善・不变・悪化】
4. 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準
 - ・該当するコア項目：_____
 - ・導入基準の点数：_____点（該当する項目：_____）

(6) 各種サービス利用状況（支援計画策定期点）

- ・精神障害者保健福祉手帳（□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし）
- ・障害年金（□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし）
- ・障害程度／支援区分（□区分1、□区分2、□区分3、□区分4、□区分5、□区分6、□申請中、□非該当、□申請なし）
- ・要介護認定（□要支援1、□要支援2、□要介護1、□要介護2、□要介護3、□要介護4、□要介護5、□申請中、□非該当、□申請なし）
- ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 □有 □無

(7) 再発予防・健康維持のための目標（1ヶ月後）

- 病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □日常生活の管理 □趣味・娯楽への関心
- 就労・就学 □その他（ ）

(8) 今後必要とされる収入源	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 家族からの援助 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(9) 今後必要とされる各種のサービス	<ul style="list-style-type: none"> 1. 精神科医療 <input type="checkbox"/> 精神科通院（当院、他院） <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科デイナイトケア、<input type="checkbox"/> 精神科ナイトケア 2. 障害者総合支援法等に規定するサービス <input type="checkbox"/> 重度訪問介護【回／週】 <input type="checkbox"/> 行動援護【回／週】 <input type="checkbox"/> グループホーム【回／週】 <input type="checkbox"/> 生活介護【回／週】 <input type="checkbox"/> 居宅介護（ホームヘルプ）【回／週】 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター【回／週】 <input type="checkbox"/> 保健所による訪問【回／週】 <input type="checkbox"/> その他サービス（ ）【回／週】 3. その他（ ）
(10) 連携すべき関係機関	<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標	
(12) 訪問予定日	<p>□「訪問診療」 [担当]</p> <p>訪問予定日： 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日()</p> <p>□「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」</p> <p>訪問予定日： 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当] 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当] 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当] 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当]</p>
(13) (7)～(11)を達成するための、具体的な支援計画	<p>□「病気の症状・お薬について」 担当者／職種 _____</p> <p>支援計画（ ）</p> <p>□「看護・介護について」 担当者／職種 _____</p> <p>支援計画（ ）</p> <p>□「社会生活機能の回復について」 担当者／職種 _____</p> <p>支援計画（ ）</p> <p>□「社会資源について」 担当者／職種 _____</p> <p>支援計画（ ）</p> <p>□「その他行うべき支援」 担当者／職種 _____</p> <p>支援計画（ ）</p>
本人・家族氏名：	
医師：	看護師：
作業療法士：	精神保健福祉士：
その他関係職種：	

医療機関所在地：	診療担当科名：
名 称：	医師氏名（自署又は記名押印）
電 話 番 号：	印
緊急時電話番号：	

別紙様式 41 の 2

在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準

評価日 年　月　日	患者氏名	評価者 (職種) (氏名)
--------------	------	---------------------

過去 1 年間において、基準を満たすもの全てについて、□に✓を記入すること。

1	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	コア項目	<input type="checkbox"/>
2	家族への暴力、暴言、拒絶がある	コア項目	<input type="checkbox"/>
3	警察・保健所介入歴がある	コア項目	<input type="checkbox"/>
4	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	3 点	<input type="checkbox"/>
5	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	3 点	<input type="checkbox"/>
6	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	3 点	<input type="checkbox"/>
7	自傷や自殺を企てたことがある	2 点	<input type="checkbox"/>
8	定期的な服薬ができていなかったことが 2 か月以上あった（初発の場合は「無」）	2 点	<input type="checkbox"/>
9	支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	2 点	<input type="checkbox"/>
10	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	1 点	<input type="checkbox"/>
11	外来受診をしないことが 2 か月以上あった（初発の場合は「無」）	1 点	<input type="checkbox"/>
12	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	1 点	<input type="checkbox"/>
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	1 点	<input type="checkbox"/>
14	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	1 点	<input type="checkbox"/>
	合計	点	<input type="checkbox"/>

※精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ及び「2」のイの対象患者：

コア項目を 1 つ以上満たす者又は 5 点以上である者

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種 ・氏名	職種： 氏名：		
	職種： 氏名：		
	職種： 氏名：		

2. 情報収集及び評価

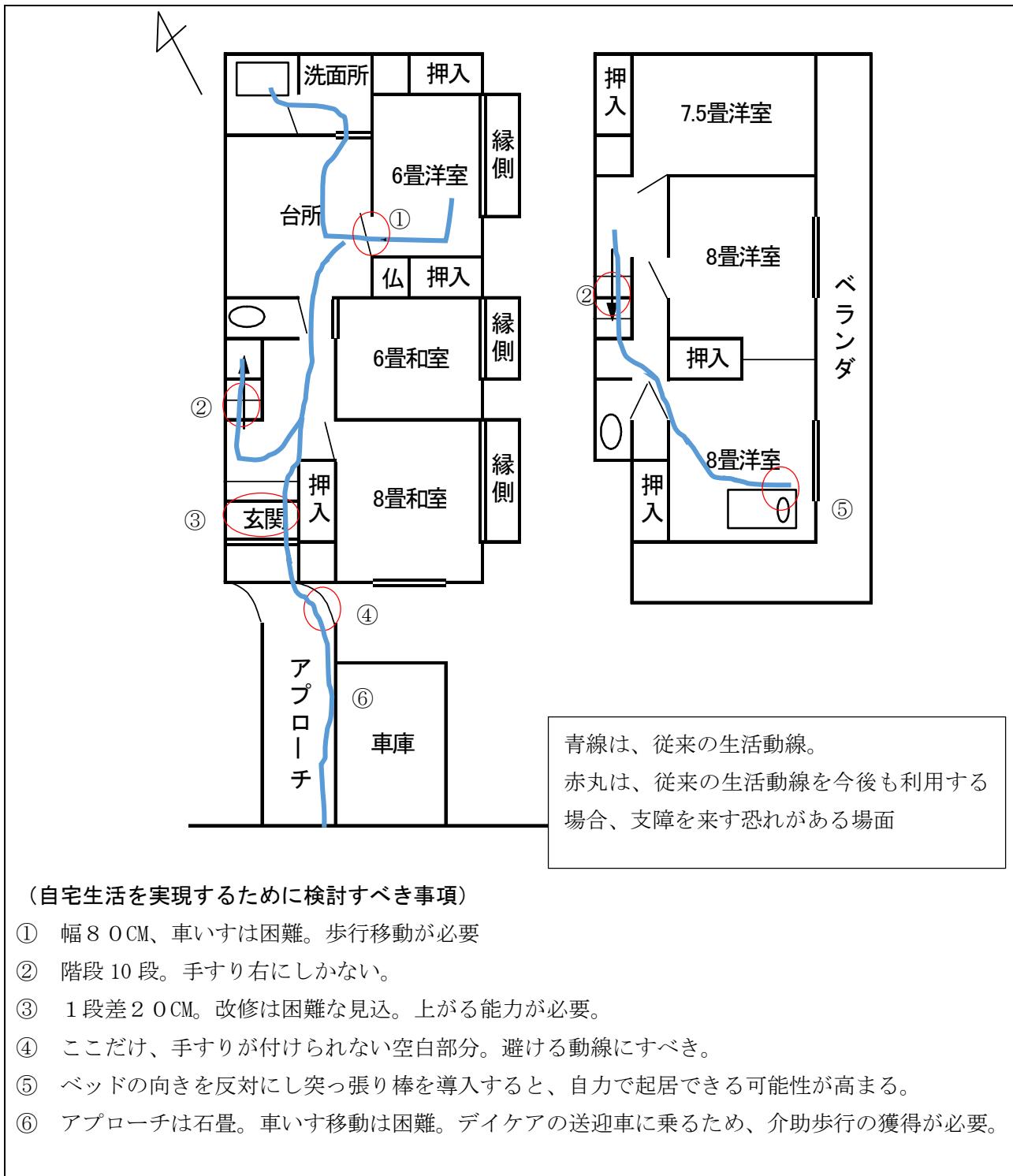
患者の病状や障害像	<ul style="list-style-type: none"> ■退院時 ADL 予後：主な移動方法() →自立 ・ 要介助 ・ 全介助 ■認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する住環境の状況	<ul style="list-style-type: none"> ■主な居室（ ）と主たる移動場所（ ） ■室内の段差：無・有り（場所 ） ■手すり：無・あり（場所 ） ■近隣の店までの距離（ m）
患者、家族の住環境に関する希望等	
その他（食事、整容、入浴、排泄、介護状況、移動手段等の特記事項）	
コメント・評価 (解決すべき住環境課題について記入)	

3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

[記入上の注意]

1. 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
2. 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。
(参考) 作図の場合



褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 計画作成日 _____. _____. _____.
年 月 日 生 (年)

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日 _____
2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

	日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
危 険 因 子 の 評 価	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)		できる	できない		「あり」もしくは 「できない」が1 つ以上の場 合、看護計画を 立案し実施す る
			できる	できない		
	・病的骨突出		なし	あり		
	・関節拘縮		なし	あり		
	・栄養状態低下		なし	あり		
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)		なし	あり		
	・皮膚の脆弱性(浮腫)		なし	あり		
	・皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往)		なし	あり		

両括弧内は点数 (※1)

褥瘡の状態の評価 (DESIGN-2020)	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (DTI)深部損傷 褥瘡(DTI)疑い(※2)		
	滲出液	(0)なし (1)少量:毎日の交換を要しない (3)中等量:1日1回の交換 (6)多量:1日2回以上の交換		
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷 なし (3)4未満 (6)4以上 16未満 (8)16以上 36未満 (9)36以上 64未満 (12)64以上 100未満 (15)100以上		
	炎症・感染	(0)局所の炎症 (1)局所の炎症徵候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) 徵候なし (3C) (※3)臨界的定着疑い (創面にぬめりがあり、滲出液 が多い。肉芽があれば、浮腫 性で脆弱など) (3)(※3)局所 の明らかな感 あり(発熱な ど) (9)全身的影響 (炎症徵候、 膿、悪臭)		
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI) (1)創面の90%以上を占める 疑い(※2) (3)創面の50%以上90%未満 (4)創面の10%以上50%未満 (5)創面の10%未満を占める を占める (6)全く形成されていない を占める		
	壊死組織	(0)なし (3)柔らかい壊死組織あり (6)硬く厚い密着した壊死組織あり		
	ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)-潰瘍面積	(0)なし (6)4未満 (9)4以上16未満 (12)16以上36未満 (24)36以上		合計点

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

※2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する。

※3 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容(初回及び評価カンファレンスの記録及び月1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載)

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回 月 日			
2回目 月 日			
3回目 月 日			

評価

説明日 年 月 日

本人又は家族(続柄)の署名 _____

在宅褥瘡対策チーム構成員の署名 _____

医師 _____

看護師 _____

管理栄養士 _____

在宅褥瘡管理者 _____

[記載上の注意]

1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本等の受取又は受信側

病理標本等の受取又は受信側の医療機関名:		
担当医:	科	殿
依頼日: 年 月 日		

標本等の送付又は送信側

病理標本等の送付又は送信側の医療機関名:		
所在地:		
電話番号:	医師氏名:	提出医サイン:
送付又は送信する材料	<input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> 病理検体 <input type="checkbox"/> 病理組織標本のデジタル病理画像	
標本作製の場所(標本又はデジタル病理画像を送付する場合):院内・院外(施設名称:		標本番号:)
患者氏名:	(フリガナ)	性別:男・女
患者住所		
生年月日:明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	職業:(具体的に)電話番号:
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解:有・無		
傷病名:		
臨床診断・臨床経過:		
肉眼所見・診断(略図等):		
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):		
採取日又は手術日: 年 月 日		
提出臓器とそれぞれの標本又はデジタル病理画像の枚数:1. 2. 3. その他		
既往歴:		
家族歴:		
感染症の有無:有()・無		
治療情報・治療経過:		
現在の処方:		
病理診断に際しての要望:		
備考:		
病理診断科使用欄:病理診断科ID <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍病理組織標本加算 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等()		

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること

※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

別紙様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数等に係る報告書

保険医療機関名					
郵便番号					
住所					
報告年月日					
直近の報告年月日					
届出入院料	<input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病棟入院料 <input type="checkbox"/> 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料				

※（特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を届け出ている場合は、以下における「回復期リハビリテーション病棟入院料」を「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」と読み替えること。）

1. 退棟患者数

①		() 月	() 月	() 月	() 月
②	前月までの 6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名	名	名	名

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

①		() 月	() 月	() 月	() 月
③	前月までの 6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数	日	日	日	日
④	前月までの 6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	単位	単位	単位
再掲	i 前月までの 6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	ii 前月までの 6か月間に③の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位

	iii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	iv	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	v	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
⑤	1日当たりのリハビリテーション提供単位数 (④／③)	単位	単位	単位	単位	単位

3. リハビリテーション実績指數

①		()月	()月	()月	()月
⑥	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名	名	名	名
⑦	⑥のうち、リハビリテーション実績指數の計算対象とした患者数	名	名	名	名
⑧	⑦の患者の退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時のFIM得点（運動項目）を控除したものの総和	点	点	点	点
⑨	⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和				
⑩	リハビリテーション実績指數 (⑧／⑨)	点	点	点	点

4. 除外患者について（届出の前月までの6か月について以下を記入する。）

⑪ 届出の前月までの6ヶ月	()月 月					
⑫ 入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の40%以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑭ ⑬による除外がある場合は除外後の入棟患者数(⑬が有の場合のみ)	名	名	名	名	名	名
⑮ リハビリテーション実績指數の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑯ 除外割合 (⑮ ÷ (⑫又は⑭))	%	%	%	%	%	%

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について(⑬が有の場合には、それぞれ⑪の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。)

※()にはそれぞれ⑪の前月を記載	()月までの6か月					
⑯ 6か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑰ ⑯のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
⑲ 高次脳機能障害患者の割合 (⑰÷⑯)	%	%	%	%	%	%

6. 前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施
(あり・なし)

[記載上の注意]

- ①については、毎年7月に報告する際には、前年10月、当該年1月、4月及び7月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で1月、4月、7月及び10月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。
- ②はリハビリテーション実績指標の計算対象となったものに限る。
- ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
- ⑫は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
- ⑮の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことによりリハビリテーション実績指標の計算対象から除外したものに限る。
- ⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は⑮÷⑭、「無」の場合は⑮÷⑫とする。
- ⑯は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
- ⑬、⑰、⑲の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。
- 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。

褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

両括弧内は点数（※1）

部位（部位名） 1 () 2 () 3 () 4 ()											1	2	3	4
褥瘡の状態の評価（DESIGN-R2020）	深さ	(0) 皮膚損傷・発赤なし	(1) 持続する発赤	(2) 真皮までの損傷	(3) 皮下組織までの損傷	(4) 皮下組織を超える損傷	(5) 関節腔、体腔に至る損傷	(DTI) 深部損傷 褥瘡(DTI)疑い(※2)	(U) 深さ判定が不能の場合					
	滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない		(3) 中等量：1日1回の交換		(6) 多量：1日2回以上の交換							
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(0) 皮膚損傷なし	(3) 4未満	(6) 4以上16未満	(8) 16以上36未満	(9) 36以上64未満	(12) 64以上100未満	(15) 100以上						
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし	(1) 局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫瘍、熱感、疼痛）		(3C) (※3) 臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）		(3) (※3) 局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）		(9) 全身的影響あり（発熱など）					
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 治癒あるいは創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)の場合	(1) 創面の90%以上を占める	(3) 創面の50%以上90%未満を占める	(4) 創面の10%以上50%未満を占める	(5) 創面の10%未満を占める	(6) 全く形成されていない							
	壊死組織	(0) なし	(3) 柔らかい壊死組織あり			(6) 硬く厚い密着した壊死組織あり								
	ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周（ポケットの長径×長径に直交する最大径）一潰瘍面積	(0) なし	(6) 4未満	(9) 4以上16未満	(12) 16以上36未満	(24) 36以上								
	DESIGN-R2020 の合計点（深さの点数は加えない）													

(※1) 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

(※2) 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する。

(※3) 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

2 褥瘡の状態の変化

	評価日 (月 日)	1月前 (月 日)	2月前 (月 日)	3月前 (月 日)
DESIGN-R2020の合計点				

1 前月までのDESIGN-R2020の合計点は、暦月内で最も低い合計点を記載する。

2 褥瘡の部位により合計点が異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する説明書

当院では、「地域包括診療加算」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院



患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」

に関する同意書

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」

について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○
○○を担当医として、生活習慣病等（●●、□□）に対する継
続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を
受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加
算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している
方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名)

「地域包括診療料」・「認知症地域包括診療料」に関する説明書

当院では、「地域包括診療料」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院



患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

「地域包括診療料」・「認知症地域包括診療料」
に関する同意書

「地域包括診療料」・「認知症地域包括診療料」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○○○を担当医として、生活習慣病等（●●、□□）に対する継続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名)

職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

復職に関する 意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点不可 (休業: ~ 年 月 日) 意見
業務の内容につ いて職場で配慮 したほうがよい こと (望ましい就業 上の措置)	例: 重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や 海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いし ます。
その他配慮事項	例: 通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記内容を確認しました。

年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用す
るもので、この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

(別紙様式49の2)

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

病名	
現在の症状	(通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等))
退院後／治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (療養の継続が望ましい)
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと (望ましい就業上の措置)	例:重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避けるなど 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例:通院時間を確保する、休憩場所を確保するなど 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記内容を確認しました。 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名(ふりがな)			性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日: 年 月 日		退院(予定)日: 年 月 日			
主たる傷病名						
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照		アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()		
入院中の経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照					
継続する 看護上の問題等						
ケア時の具体的 な方法や留意点						
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明					
	患者					
	家族					
患者・家族の 今後の希望・目 標や、大切にして いること	患者					
	家族					
家族構成 (同居者の有無、 キーパーソン等)			緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先)			
			① ②			
介護者等の状況	介護者() 協力者:() 対応可能な時間: <input type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・介護者や協力者がいない					
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
社会資源	要介護 認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(□1 □2 □3 □4 □5)				
	介護支援専門員/ 訪問看護ステーション/ 訪問診療医療機関					
	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有()				
生活等の状況	清潔	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助(□シャワー浴 □機械浴 □清拭 最終: 月 日) 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助				
	活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助				

	移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> T杖・松葉杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチャー)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自己導尿 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便失禁 排便回数: ()日に()回 最終排便: 月 日)
食事	介助方法:	
睡眠	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> その他())
精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 認知症(症状、行動等:))
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺: (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 言語障害: (<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 視力障害: (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害: (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
安全対策	方法:	
医療処置・ 挿入物等の状況	<input type="checkbox"/> 点滴投与 経路	<input type="checkbox"/> PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> CVC(中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注CVポート 挿入部位: サイズ: 最終交換日: 月 日 最終ロック日: 交換頻度:
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他(サイズ: Fr cm 挿入日: 月 日 最終交換日: 月 日 交換頻度:
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置 カテーテル	種類: サイズ: Fr 固定水: ml 最終交換日: 月 日 交換頻度:
	<input type="checkbox"/> 透析	週 回 シヤント: <input type="checkbox"/> 有(部位)
	<input type="checkbox"/> 呼吸管理	<input type="checkbox"/> 吸引 回数: <input type="checkbox"/> 酸素療法(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 酸素設定: <input type="checkbox"/> 気管切開: 気管内チューブ mm 最終交換日: 月 日 交換頻度: <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 設定、モード:
	<input type="checkbox"/> 創傷処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・深度・大きさ等: ケア方法: <input type="checkbox"/> 手術創 部位: ケア方法:
	<input type="checkbox"/> ストーマ 処置	種類: サイズ: 最終交換日: 月 日 交換頻度:
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(方法: 他院処方薬: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
その他		

(記入者氏名)

(照会先)

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名			
入退院日	入院日: 年月日	退院(予定)日: 年月日	

(太枠:必須記入)

栄養管理・栄養指導等の経過									
	栄養管理上の注意点と課題								
栄養評価	評価日	年月日	過去(週間)の体重変化	増加・変化なし・減少:	(kg %)				
	身体計測	体重 kg 検定日(/)	BMI kg/m ²	下腿周囲長 cm	不明	握力 kgf	不明		
	身体所見	食欲低下 無・有・不明()	消化器症状 無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明						
		味覚障害 無・有・不明()	褥瘡 無・有(部位等)						
		浮腫 無・有(胸水・腹水・下肢)・不明	その他						
		嚥下障害 無・有							
	咀嚼障害 無・有	特記事項							
	検査・その他	過去1か月以内Alb値()g/dL	測定なし	その他					
	1日栄養量	エネルギー		たんぱく質	食塩	水分	その他		
	必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg	()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml			
摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg	()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml				
栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈(食事回数:回/日)朝・昼・夕・その他()								
栄養管理に関する情報 退院時食事内容	食種	一般食・特別食()	その他()						
	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()	量	g/食				
		昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()		g/食				
		夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()		g/食				
	副食形態	常菜・軟菜・その他() *)自由記載:例 ベースト							
		嚥下調整食	不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4					
	とろみ調整	種類(製品名)	使用量(gまたは包)	とろみの濃度					
	食品の使用	無・有		薄い/中間/濃い					
	その他影響する問題点	無・有()							
	禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細()					
禁止食品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)									
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml	
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml	
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml	
		経口飲水						ml	
		合計	kcal (現体重当たり)	g kg	g	g	g	g	ml
	経腸栄養 詳細	種類	朝:	昼:			夕:		
		量	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml	
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他()						
		投与速度	朝:	ml/h	昼:	ml/h	夕:	ml/h	
静脈栄養 詳細	追加水分	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml		
	種類・量	未梢・中心静脈							
備									

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

- 必要がある場合には、統紙に記載して添付すること。
- 地域連携診療計画に添付すること。

包括的支援マネジメント 導入基準

評価日 年　月　日	患者氏名	評価者 (職種) (氏名)
--------------	------	---------------------

過去 1 年間において、基準を満たすもの全てについて、□に✓を記入すること。

1	6ヶ月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある。	<input type="checkbox"/>
2	自分1人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）。	<input type="checkbox"/>
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。	<input type="checkbox"/>
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。	<input type="checkbox"/>
5	自傷や自殺を企てたことがある。	<input type="checkbox"/>
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある。	<input type="checkbox"/>
7	警察・保健所介入歴がある。	<input type="checkbox"/>
8	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
9	外来受診をしないことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。	<input type="checkbox"/>
11	直近の入院は措置入院である。	<input type="checkbox"/>
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。	<input type="checkbox"/>
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。	<input type="checkbox"/>
14	支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）。	<input type="checkbox"/>
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等）。	<input type="checkbox"/>

(別紙様式51の2)

計画作成日： 年 月 日

計画見直し予定日： 年 月 日

療養生活の支援に関する計画書

氏名： 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)
主治医： 看護師・保健師： 精神保健福祉士：

参加者

本人 家族 主治医 看護師・保健師 精神保健福祉士 薬剤師 作業療法士 公認心理師
訪問看護ステーション 行政機関 指定特定相談支援事業所 障害福祉サービス事業所
その他 ()

本人の目標 (したい又はできるようになりたい生活の希望)

今回の支援計画における目標

--	--	--	--	--	--

評価項目	支援の必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人がすること

緊急連絡先：氏名 所属 連絡先
緊急連絡先：氏名 所属 連絡先
緊急連絡先：氏名 所属 連絡先

署名 本人： 主治医： 担当者：

児童思春期支援指導加算 支援計画書

患者氏名		生年月日	
------	--	------	--

初診日	
診断名（状態像名）	
症状および問題行動 本人の得意なこと 本人の苦手なこと	
発達・社会的環境	<p>家族構成 :</p> <p>発達・生育歴 :</p> <p>社会的環境（就学状況や対人関係など）:</p>
方針・支援計画	
本人・家族との面接	<input type="checkbox"/> 本人との面接 : 回／週・月 <input type="checkbox"/> 家族面接 : 回／週・月 (□父親 □母親 □その他 ())
他の機関との連携	<input type="checkbox"/> あり (□本人の同意 □保護者の同意) ・ □なし <p><連携先></p> <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> スクールカウンセラー <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 児童相談所職員 <input type="checkbox"/> 市町村担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()
予想される支援の期間	<p>本人の希望 :</p> <p>家族の希望 :</p> <p>目標の設定 : (週間・月)</p>
備考	

計画作成日(見直し予定日)担当医担当者（職種）本人・家族

「早期診療体制充実加算」に関する説明書

当院では、早期診療体制充実加算を算定する患者さんに、
こころの不調・病気に対する診療とともに、
次のような診療を行います。

- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- こころ以外にも、おからだの不調やお薬の副作用などのご相談に応じます。必要に応じ、検査等を行う場合があります。
- 健康相談や、予防接種に関するご相談に応じます。
- 障害福祉サービス等の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、障害支援区分認定や要介護認定の意見書を作成いたします。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院



患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 受診時にはマイナ保険証やお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断やおからだの診療を受けたときは、その結果について、担当医にお知らせください。

早期診療体制充実加算に関する同意書

早期診療体制充実加算について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○○○を担当医として、こころの不調・病気に対する継続的な診療、お薬の管理等を受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で早期診療体制充実加算を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名) _____

(別紙様式52)

在宅療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

最終の外来受診日 : 年 月 日
初回の往診又は訪問診療日 : 年 月 日
計画作成日 : 年 月 日

在宅での療養を担う医療機関名及び医師氏名	
病名・状態等 (他に考え得る病名等)	
在宅での療養に関する患者以外の相談者	家族・その他関係者()
在宅での療養を担当する者の氏名 (下記担当者及び上記医師を除く)	
通院困難な要因	
在宅での療養上の問題点、課題等	
在宅での療養について、必要な支援(概要等)	
在宅において必要となることが予想される医療の内容等	
利用が予想される介護サービス等	
利用が予想される介護サービスの担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日: 年 月 日

(外来において診療を担当する医師)

(在宅における療養を担う医師)

(本人)

初診時の標準的な問診票の項目等

医療情報取得加算を算定する保険医療機関は、当該医療機関の受診患者に対する初診時間診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・・・症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・・・医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）
 - ・・・薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・・・病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能）
 - ・・・受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・・・原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・・・妊娠週数 等

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報取得加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

（記載例）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。