（別紙）

（算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」）

項　　目	小　項　目	併設保険医療機関	その他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料１	×	○
	診療情報提供料（Ⅰ）（注４に限る。）	×	○
	診療情報提供料（Ⅱ）	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○
病理診断		○	○

（注）厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

別添１の２

＜通則＞

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

様式11、12、12の２、12の３、12の４、13、16、17、17の２、18について、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関、保険薬局等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

※別紙様式15~~、31~~は欠番である。

（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）　　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　　平成　　年　　月　　日 ・　退院年月日　　平成　　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（平成　　年　　月　　日～平成　　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（平成　　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（該当するものに〇をつける。） ・　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

（別紙様式２）

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成　　年　　月分

氏名	1男　2女　　1明　2大　3昭　4平　　.　　.　　生

入院元（入院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（自院以外の急性期病院からの転院）
- □ 一般病棟（自院の急性期病棟からの転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅

退院先（退院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（急性期病棟への転院・転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅
- □ 死亡

【留意事項】
1　療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。　また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。
2　当該判定結果については、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること（診療所はこの限りでない）。ただし、電子レセプトの場合は、電子レセプトの中で記録すること。

Ⅰ　算定期間に限りがある区分

医療区分3	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1　24時間持続して点滴を実施している状態	7																															
医療区分2	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
2　尿路感染症に対する治療を実施している状態	14																															
3　傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	30																															
4　脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	7																															
5　消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7																															
6　頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	3																															
7　せん妄に対する治療を実施している状態	7																															
8　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態	7																															
9　頻回の血糖検査を実施している状態	3																															

Ⅱ　算定期間に限りがない区分

医療区分3	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10　スモン																																
11　注1を参照																																
12　医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態																																
13　中心静脈栄養を実施している状態																																
14　人工呼吸器を使用している状態																																
15　ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態																																
16　気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態																																
17　酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）																																
18　感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態																																
医療区分2	☆																															
19　筋ジストロフィー																																
20　多発性硬化症																																
21　筋萎縮性側索硬化症																																
22　パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））																																
23　その他の指定難病等　（10及び19～22までを除く。）																																
24　脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）																																
25　慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）																																
26　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態																																
27　注2を参照																																
28　基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者																																
29　悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）																																
30　肺炎に対する治療を実施している状態																																
31　褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）																																
32　末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態																																
33　うつ症状に対する治療を実施している状態																																
34　他者に対する暴行が毎日認められる場合																																
35　１日8回以上の喀痰吸引を実施している状態																																
36　気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）																																
37　創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態																																
38　酸素療法を実施している状態（17を除く。）																																

	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
医療区分3の該当有無																																
医療区分2の該当有無																																
医療区分3・2いずれも0（医療区分1）																																

91　身体抑制を実施している（注3を参照）																																

Ⅲ　ADL区分評価

【留意事項】

　月初め（月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時）に、必ず各項目に評価点（0～6）を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a	ベッド上の可動性																															
b	移乗																															
c	食事																															
d	トイレの使用																															
	ADL得点（合計得点0～24）																															

患者の状態像評価

【留意事項】

　月初め（月の途中から入院した場合には、入院時）に、必ずⅠ～Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「〇」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

1．病院の場合

医療区分の評価 ▼		ADL区分の評価 ▼			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点 23～24																														
B	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点 11～22																														
C	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0～10																														
D	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点 23～24																														
E	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点 11～22																														
F	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0～10																														
G	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点 23～24																														
H	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点 11～22																														
I	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点 0～10																														

※　当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

2．診療所の場合

医療区分の評価 ▼		ADL区分の評価 ▼			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3～1	ADL得点 0～24																														
B	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3～2	ADL得点 11～24																														
C			ADL区分1	ADL得点 0～10																														
D	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点 23～24																														
E			ADL区分2～1	ADL得点 0～22																														

※　当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

主治医　　（印）

注1

　ア　平成20年３月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

　イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料１を算定する療養病棟に入院している患者（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）

　ウ　平成20年３月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

　エ　平成20年３月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料１を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

　ア　平成20年３月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者

　イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料２を算定する療養病棟に入院している患者（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）（別表第五の二の患者は除く。）

　ウ　平成20年３月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料２を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）（別表第五の二の患者は除く。）

注3

「91　身体抑制を実施している」は下記のいずれかの行為を一つでも行った場合に「〇」を記入すること。

・四肢の抑制　　・体幹部の抑制　　・ベッドを柵（サイドレール）で囲む　　・介護衣（つなぎ服）の着用

・車いすや椅子から立ち上がれないようにする（抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用）

・ミトンの着用（手指の機能抑制）　　・自分の意志で開けることのできない居室等への隔離

（別紙様式3）

緩和ケア実施計画書

氏名	（ふりがな）	年齢	ID
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	歳	

主訴

診断

1）　　5）
2）　　6）
3）　　7）
4）　　8）

現病歴

年　月　日

既往歴

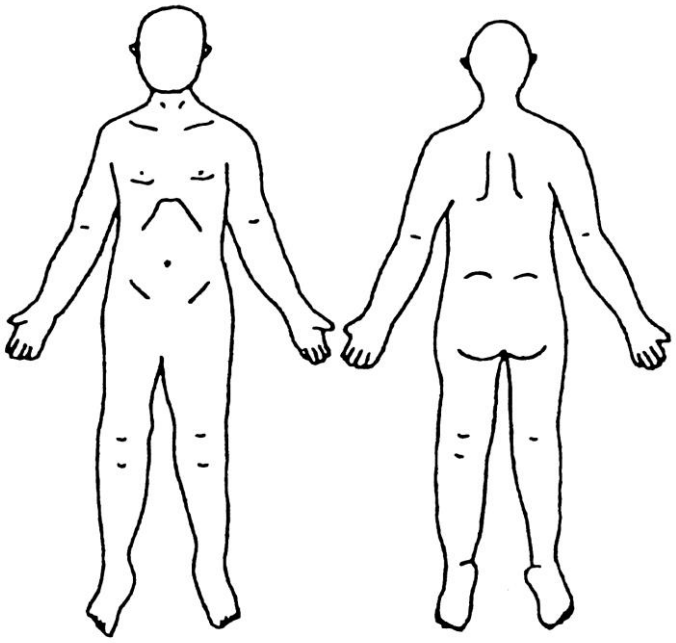
年　月　日

身体症状

【重症度】

1. 痛み	□なし	□軽	□中	□重
2. 呼吸困難	□なし	□軽	□中	□重
3. 倦怠感	□なし	□軽	□中	□重
4. 発熱	□なし	□軽	□中	□重
5. 口渇	□なし	□軽	□中	□重
6. 咳・痰	□なし	□軽	□中	□重
7. 食欲不振	□なし	□軽	□中	□重
8. 嘔気・嘔吐	□なし	□軽	□中	□重
9. 腹部膨満感	□なし	□軽	□中	□重
10. 便秘	□なし	□軽	□中	□重
11. 尿閉、失禁	□なし	□軽	□中	□重
12. 浮腫	□なし	□軽	□中	□重
13. その他（具体的に）				

【症状の性質、分布】



身体活動状態

全般　□0.　問題なし　□1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能　□2.　時に介助が必要、一日の半分以上は起きている
□3.　しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している　□4.　常に介助が必要、終日臥床している

歩行　□問題なし　□要介助　□不可　　排泄　□問題なし　□ポータブル　□要介助
食事　□問題なし　□要介助　□不可　　入浴　□問題なし　□要介助　□不可

精神状態　　【重症度】

1. 不安　　□なし □軽 □中 □重
2. 抑うつ　　□なし □軽 □中 □重
3. せん妄　　□なし □軽 □中 □重
4. 不眠　　□なし □軽 □中 □重
5. 眠気　　□なし □軽 □中 □重
6. その他(具体的に)

その他の問題

□家族
□経済
□仕事・趣味・交際などの
　活動や生きがい
□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

□薬物療法

□精神療法（カウンセリング、リラクセーション）

□理学・作業療法

□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	

（別紙様式４）

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	昭和・平成　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 □特記事項なし □あり	**家族構成：** （同居家族を含む）	**社会的環境：** 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	平成　年　月　日　（　　曜日）	**入 院 形 態**	□任意入院　□医療保護入院 □措置入院　□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：□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：□緘黙　□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：

（※）担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	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：

家族の希望　：

目標の設定：

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（　　）

基本方針：

治療と検査：

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（　　）

B. 検査：

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

その他：

□家族療法：　　回/週・月　　□その他：　　回/週・月

具体的アプローチ

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。　平成　　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、臨床心理技術者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）

（別紙様式４の２）

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 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 □特記事項なし □あり	**家族構成：** （同居家族を含む）	**社会的環境：** 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	平成　年　月　日　（　　曜日）	**入 院 形 態**	□任意入院　　□医療保護入院 □措置入院　　□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：□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：□緘黙　□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：

（※）担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

Ⅲ．治療計画　　（患者氏名　　）

推定される入院期間（　　週間/月） （うち医療保護入院による入院期間： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） 本人の希望： 家族の希望　： 目標の設定： **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（　　）	**基本方針：** **治療と検査：** 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（　　） B. 検査： 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
選任された退院後生活環境相談員の氏名	
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 **その他：** □家族療法：　回/週・月　□その他：　回/週・月	具体的アプローチ

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。　平成　　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、臨床心理技術者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)

（別紙様式5）

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	浮腫 有□ 無□ Kg	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	アルブミン （g/dL）	リンパ球数 （　/mm3）	ヘモグロビン （g/dL）	中性脂肪 （mg/dL）	トランスサイレチン （TTR:プレアルブミン） （mg/dL）		総合評価 （栄養障害の程度）
	良・普通・悪	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	良・軽度・中等度・高度
前回との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪

栄養管理法

経口栄養	□ 普通食　□ 該当無し □ 咀嚼困難食 □ 嚥下障害食 （濃厚流動食・経腸栄養剤）	経腸栄養※2	□ 該当無し □ 経鼻（　　） □ 胃瘻（　　） □ 腸瘻（　　）	経静脈栄養	□ 末梢静脈栄養　□ 該当無し □ 中心静脈栄養 （鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー）
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（該当無しの場合□にチェックを入れること）

	水分量 （ml/日）	エネルギー （kcal/日）	たんぱく質・アミノ酸（g/日）					
前回栄養管理プラン※3	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
実投与量	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
投与バランス※4	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
新規栄養管理プラン	□無	□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	嚥下障害チーム （あり　なし）	褥瘡対策チーム （あり　なし）	感染対策チーム （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不変 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：不変」「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：平成　　年　　月　　日
計画日：平成　　年　　月　　日
変更日：平成　　年　　月　　日

病棟（病室）	
病名 （他に考え得る病名）	
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	

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。

（病棟退院支援計画担当者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（退院調整部門退院支援計画担当者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別紙様式6の2

退院支援計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

入院日：平成　　年　　月　　日
計画日：平成　　年　　月　　日
変更日：平成　　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	

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。

（担当医）　　印

（病棟退院支援計画担当精神保健福祉士）　　印

（本人）

別紙様式6の3

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：　平成　　年　　月　　日
退院支援委員会開催日：　平成　　年　　月　　日
患者等への説明日：　平成　　年　　月　　日
計画の変更日：　平成　　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	【本人の受け入れ】 □退院意欲　□退院そのものへの不安 【生活基盤領域】 □経済環境　□住環境 【健康領域】 □服薬管理　□食事管理　□病気の理解（病識）　□身体疾患の管理 □体力　□危機管理 【日常生活領域】 □食事の準備　□金銭管理　□睡眠　□外出 【社会生活技能/社会参加領域】 □対人関係　□日中の過ごし方　□就学　□就労 □その他社会的活動（　　） 【家族支援領域】 □家族への情報提供　□家族の負担軽減　□家族関係調整 【その他】 □その他　（ 問題点・課題等の詳細
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	退院予定時期	

<table>
<tr><td rowspan="4">8</td><td colspan="2">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）</td></tr>
<tr><td colspan="2">退院意欲の喚起に関すること</td><td>【目標】

【実施内容とスケジュール】</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td>院内
プログラム</td><td>【目標】

【実施内容】
□心理教育　□家族心理教育　□就労・就学支援□
□個別認知行動療法　□集団認知行動療法　□デイケア等体験利用
□その他 （
【今後のスケジュール】</td></tr>
<tr><td>院外
プログラム</td><td>【目標】

【実施内容】
□宿泊　□買い物　□公共・金融機関利用　□交通機関利用
□住居見学　□通所施設見学　□余暇活動
□その他 （　）
【今後のスケジュール】</td></tr>
<tr><td colspan="2">退院後の医療の確保に関すること</td><td>【退院後の医療サービスに関する課題】

【必要な医療サービス】
□外来通院先の確保　□身体疾患治療のための通院先の確保　□訪問診療　□訪問看護
□デイ・ケア等　□その他 （　）
【必要な支援と今後のスケジュール】</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="2">居住先に関すること（※）</td><td>【評価】
自宅　　□あり　□なし
同居家族　□あり　□なし
その他、居住先に関する課題：</td><td>【適切な居住先の種類と必要な支援】

【今後の支援のスケジュール】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</td></tr>
<tr><td rowspan="2">収入と金銭管理に関すること（※）</td><td>【評価】
障害年金　□受給中
生活保護　□受給中
その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題：</td><td>【収入と金銭管理に関する必要な支援】

【今後の支援のスケジュール】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</td></tr>
<tr><td rowspan="2">栄養摂取・調理・火の管理に関すること（※）</td><td>【栄養摂取等に関する課題と必要な支援】</td><td>【今後の支援のスケジュール】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</td></tr>
<tr><td rowspan="3">障害福祉サービス等の利用に関すること（※）</td><td colspan="2">【評価】
指定特定相談支援事業所　□未定（　　年　　月頃までに決定予定）　□不要
□決定（事業所名：　　担当者：　　）
障害者手帳　□取得済[　　級]　□申請予定（　　年　　頃まで）　□不要
障害支援区分　□認定済[区分　　]　□申請予定（　　年　　頃まで）　□不要
要介護認定　□認定済[　　]　□申請予定（　　年　　頃まで）　□不要</td></tr>
<tr><td>【その他、障害福祉サービス等に関する課題】</td><td>【今後の支援のスケジュール】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</td></tr>
</table>

	成年後見制度に関すること（※）	【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】	
	退院後、主に相談援助に応じる者に関すること（※）	【現時点で考えられる主たる援助者】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】	
	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）	【日中の活動に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】	
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

平成　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

ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

バーセルインデックス（Barthel Index 機能的評価）

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	
		0	全介助	
2	車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立（洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り）	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ動作	10	自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む）	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点（　／100点）				

※１　得点：０～１５点　　※２　得点が高いほど、機能的評価が高い。

（別紙様式８）

短期滞在手術同意書

（患者氏名）　　殿

平成　　年　　月　　日

病　　名	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
手術後に起こりうる症状とその際の対処	

（主治医氏名）　　印

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

（患者氏名）　　印

（別紙様式9）

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： □糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症
生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　才）	

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

【検査・問診】

【検査項目】
- □身　長　（　　cm）
- □体 重：現在（　　kg）→目標（　　kg）
- □BMI　（　　）
- □腹 囲：現在（　　cm）→目標（　　cm）
- □栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
- □収縮期／拡張期血圧（　　／　　mmHg）
- □運動負荷心電図
- □その他　（　　）

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）
- □血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）（　　mg/dl）
- □HbA1c：現在（　　%）→目標（　　%）
- □総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（　　mg/dl）
- □中性脂肪（　　mg/dl）
- □HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（　　mg/dl）
- □LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（　　mg/dl）
- □その他（　　）

【問　診】　□食事の状況　□運動の状況　□たばこ　□その他の生活

【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

（　　）

医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事

- □食事摂取量を適正にする
- □食塩・調味料を控える
- □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす
- □外食の際の注意事項（　　）
- □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす
- □その他（　　）
- □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

担当者の氏名　（印）

□運動

- □運動処方：種類（ｳｫｰｷﾝｸﾞ・　　）
  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（　　）

担当者の氏名　（印）

□たばこ

- □非喫煙者である
- □禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等

担当者の氏名　（印）

□その他

- □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（　　）

担当者の氏名　（印）

【服薬指導】

- □処方なし　□薬の説明

担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名　（印）

(別紙様式9の2)

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: □糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症
生年月日:明・大・昭・平　　年　　月　　日生(　　才)	

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

【検査・問診】

【検査項目】
□体 重:現在(　　kg) →目標(　　kg)
□BMI　　(　　)
□腹 囲:現在(　　cm) →目標(　　cm)
□栄養状態　(低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満)
□収縮期／拡張期血圧(　　／　　mmHg)
□運動負荷心電図
□その他　(　　)

【血液検査項目】(採血日　　月　　日)
□血糖(□空腹時　□随時　□食後(　　)時間)
(　　mg/dl)
□HbA1c:現在　(　　%)→目標(　　%)
□総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　(　　mg/dl)
□中性脂肪　(　　mg/dl)
□HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　(　　mg/dl)
□LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　(　　mg/dl)
□その他　(　　)

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標
【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
(　　)

医師氏名　(印)

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
□今回は、指導の必要なし
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項(　　)
□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす　□その他(　　)
□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
担当者の氏名　(印)

□運動
□今回は、指導の必要なし
□運動処方:種類(ｳｫｰｷﾝｸﾞ・　　)
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(　　)
担当者の氏名　(印)

□たばこ
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
担当者の氏名　(印)

□その他
□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(　　)
担当者の氏名　(印)

服薬指導
□処方なし　□薬の説明
担当者の氏名　(印)

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	

※実施項目は、□にチェック、(　　)内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名　(印)

（別紙様式 10）

「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。）
- ○ 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　〇〇〇〇を主治医として、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

平成　　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　　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１２）

平成　　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
医師氏名

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（平成　　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　ｲ.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	平成　　年　　月　　日	
	受 診 年 月 日	平成　　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	屋内で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	屋内で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）

平成　　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　平成　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 : 平成　年　月　日	退院(予定)日 : 平成　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	・健診、予防接種未受診 ・不潔 ・その他( )	
養育者の状況	健康状態等	・疾患( ) ・障害( )	
		・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等) ・その他( )	
	こどもへの思い・態度	・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）

平成　　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	昭和・平成　　年　　月　　日生 男・女　　（　　）歳 職業（　　）	
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		
児の氏名	男・女　　平成　　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 ： 平成　　年　　月　　日	退院（予定）日 ： 平成　　年　　月　　日
今回の出産時の状況	出産場所 ： 当院・他院 （　　） 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:　　）	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（　　）
	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。

（別紙様式12の4）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け　診療情報提供書

情報提供先事業所　　平成　年　月　日

担当　　殿

紹介元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		性別	男 ・ 女
		職業	
電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日生　（　）歳
患者住所			
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日：昭和・平成　年　月　日 発症日：昭和・平成　年　月　日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	外来 ・ 訪問診療 ・ 入院	入院患者の場合	入院日：　年　月　日 退院日：　年　月　日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			

障害高齢者の生活自立度
□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
認知症高齢者の日常生活自立度
□自立　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲ　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

（別紙様式１３）

平成　　年　　月　　日

介護老人保健施設　　殿

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ.）
医師氏名　　㊞

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

訪問診療に係る記録書

（患者氏名）　　殿

（要介護度）　　要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５　　該当なし

（認知症の日常生活自立度）　Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ　　該当なし

（患者住所）

（訪問診療が必要な理由）

平成　　年　　月　　日

患者氏名	診療時間 （開始時刻及び終了時刻）	診療場所（住所及び名称）	在宅患者訪問診療料2 （同一建物の場合）	往診料
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□
	～		□	□

診療人数合計　　人

［記入上の注意］

1　本記録書は、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定した場合に記載すること。

2　「要介護度」「認知症の日常生活自立度」については、該当する箇所に〇を記載すること。

3　「訪問診療が必要な理由」については、通院困難な理由も含めて記載すること。

4　「診療時間（開始時刻及び終了時刻）」については、実際に診療を行った時間について記載すること。（移動時間や準備時間等は含まない。）

5　「診療場所」については、その住所及び名称を記載すること。なお、同一建物の場合は住所を「同上」とするなど省略して、部屋番号のみの記載としても構わない。

6　「在宅患者訪問診療料2」「往診料」については、当該診療日に算定した点数をチェックすること。

7　「診療人数合計」については、当該診療日に実際に在宅医療を行った患者数の合計について記載すること。

（主治医氏名）　　印

（別紙様式１６）

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（平成　年　月　日　～　年　月　日）
点滴注射指示期間（平成　年　月　日　～　年　月　日）

患者氏名		生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　歳）	
患者住所		電話（　）　－	
主たる傷病名	（１）　（２）　（３）		
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．	
	日常生活自立度	寝たきり度	Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ａ２　Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２
		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分類　Ｄ３　Ｄ４　Ｄ５　ＮＰＵＡＰ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（　l／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

Ⅱ１．リハビリテーション

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
不在時の対応法

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。　平成　年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（ＦＡＸ）
医師氏名　印

事業所　殿

（別紙様式 17）

精神科訪問看護指示書

指示期間　（平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

<table>
<tr><td colspan="2">患者氏名</td><td></td><td colspan="2">生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者住所</td><td colspan="2">電話（　　）　　－</td><td>施設名</td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる傷病名</td><td colspan="3">（1）　　（2）　　（3）</td></tr>
<tr><td rowspan="7">現在の状況</td><td>病状・治療状況</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>投与中の薬剤の用量・用法</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病名告知</td><td colspan="3">あり　・　なし</td></tr>
<tr><td>治療の受け入れ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>複数名訪問の必要性</td><td colspan="3">あり　・　なし</td></tr>
<tr><td>短時間訪問の必要性</td><td colspan="3">あり　・　なし</td></tr>
<tr><td>日常生活自立度</td><td colspan="3">認知症の状況　（ Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ｍ ）</td></tr>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td colspan="5">緊急時の連絡先
不在時の対応法</td></tr>
<tr><td colspan="5">主治医との情報交換の手段</td></tr>
<tr><td colspan="5">特記すべき留意事項</td></tr>
</table>

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成　　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

（別紙様式17の２）

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　（平成　　年　月　日　～　　年　月　日）
点滴注射指示期間　（平成　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名	生年月日　明・大・昭・平　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：　　） （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。

平成　年　月　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ．）
医師氏名　　印

事業所　　殿

（別紙様式１８）

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　（平成　年　月　日　～　年　月　日）
点滴注射指示期間　（平成　年　月　日　～　年　月　日）

患者氏名	生年月日　明・大・昭・平　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。

平成　年　月　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ．）
医 師 氏 名　　印

事業所　　殿

（別紙様式19）

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・精神状態

a）意識 ： 清明、異常 （　　）

＊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

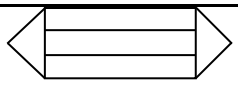
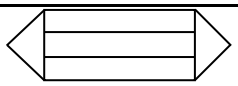
g）計算 ： 100 － 7 =　　93 － 7 =　　86 － 7 =

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、うっ血乳頭、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　下斜筋 外直筋 ― ― 内直筋 下直筋　上斜筋	下斜筋　上直筋 内直筋 ― ― 外直筋 上斜筋　下直筋
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　痙縮　強剛　低下 ） その他（　　）
下肢（ 右・左、 正常　痙縮　強剛　低下 ）

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（　　）

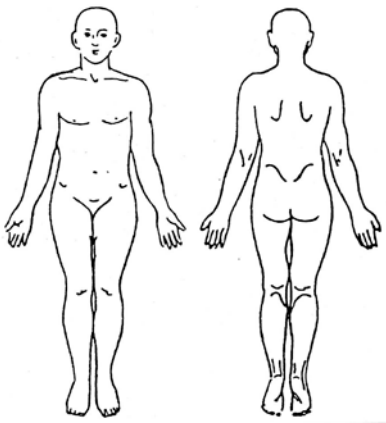
f） 無動・運動緩慢　（－）（＋）

g） 筋力　正常、麻痺　：部位（　　）、程度（　　）

		右	左
頸部屈曲	C1～6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
伸展	C1～T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
三角筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
上腕二頭筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
上腕三頭筋	C6～8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
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

	右	左
上肢バレー	(−)　(+)	(−)　(+)
(下肢バレー)	(−)　(+)	(−)　(+)
Mingazzini	(−)　(+)	(−)　(+)
握力	kg	kg

筋萎縮・感覚



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（　　）

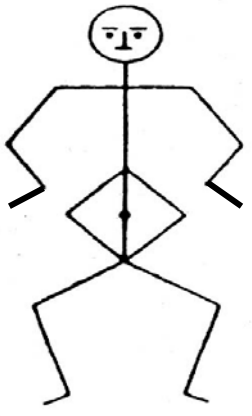
f） 異常感覚・神経痛　（－）（＋）：部位（　　）

7） 反射

	右	左		右	左		右	左
ホフマン	(−)　(+)	(−)　(+)	バビンスキー	(−)　(+)	(−)　(+)		(−)　(+)	(−)　(+)
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
指ー鼻ー指	正常　、拙劣	正常　、拙劣
かかとー膝	正常　、拙劣	正常　、拙劣
反復拮抗運動	正常　、拙劣	正常　、拙劣



9） 髄膜刺激徴候　項部硬直 （－）（＋）、 ケルニッヒ徴候 （－）（＋）

10） 脊柱　正常、異常（　　）、ラゼーグ徴候 （－）（＋）

11） 姿勢　正常、異常（　　）

12） 自律神経　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　発達指数（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、ずり這い、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　）

ガワーズ徴候（　－　／　＋　）

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 嚥下障害（　－　／　＋　）　咽頭反射（　－　／　＋　）　軟口蓋　（対称、非対称）

嗄声（ － ／ ＋ ）　　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	０１２３４５	０１２３４５
上腕三頭筋	０１２３４５	０１２３４５
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	０１２３４５	０１２３４５
大腿屈筋群	０１２３４５	０１２３４５
前脛骨筋	０１２３４５	０１２３４５
腓腹筋	０１２３４５	０１２３４５

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（ － ／ ＋ ）　スカーフ徴候（ － ／ ＋ ）踵耳徴候（ － ／ ＋ ）

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　髄膜刺激症状　　大泉門（　x　　cm、陥凹、平坦、膨隆）

項部硬直（ － ／ ＋ ）

ケルニッヒ徴候（ － ／ ＋ ）　　ブルジンスキー徴候（ － ／ ＋ ）

17　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２０）

平成　　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、現在の疾病の診療に関して、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

（別紙様式21）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生（　　歳）	計画評価実施日　　年　月　日

リハ担当医		PT		OT		ST			

原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）

評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造

□意識障害:(3-3-9:　　)
□認知症:
□中枢性麻痺
(ステージ・グレード)右上肢:　右手指:　右下肢:
左上肢:　左手指:　左下肢:
□筋力低下（部位，MMT:　　）

□失行・失認:
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症:種類　　）
□摂食機能障害:
□排泄機能障害:
□拘縮:
□褥瘡:
□起立性低血圧:

基本動作

立位保持（装具:　　）　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□非実施
訓練室内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□非実施

活動

自立度 / ADL・ASL等	日常生活（病棟）実行状況:「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力:「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・場所（訓練室・病棟等） 介助内容等
屋外歩行 病棟トイレへの歩行														
病棟トイレへの車椅子駆動 車椅子・ベッド間移乗														
椅子座位保持 ベッド起き上がり														
排尿（昼） 排尿（夜）														
食事 整容														
更衣 装具・靴の着脱 入浴														
コミュニケーション														

活動度　日中臥床:□無，□有（時間帯:　　理由　　）
日中座位:□椅子，□車椅子，□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業　（含:主婦・学生）（職種・業種・仕事内容:　　）

社会参加（内容・頻度等，発症前状況を含む。）

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明　　年　月　日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	

（別紙様式21の2）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名：	男・女	生年月日(西暦) 年 月 日	計画評価実施日	年 月 日
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST

診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	発症前の活動、社会参加：

日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準： Ⅰ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, M

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)

心身機能・構造

□意識障害 (JCS、GCS)：
□運動障害：
□感覚障害：
□摂食障害：
□排泄障害：
□呼吸、循環障害：

□ 音声・発話障害
(□構音障害, □失語症：種類)
□ 関節可動域制限：
□ 筋力低下：
□ 褥瘡：
□ その他：

基本動作

寝返り (□自立 □一部介助 □全介助)：
起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助)：
座位 (□自立 □一部介助 □全介助)：
立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助)：
立位 (□自立 □一部介助 □全介助)：

活動

活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100点)	点					
コミュニケーション						

目標 (1ヶ月後、退院時)：	本人・家族の希望：
リハビリテーションの治療方針：	
目標到達予想時期：	説明者署名：
本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族( ) 署名：

（別紙様式21の3）

リハビリテーション実施計画書（1）

計画評価実施日　　年　月　日

利用者氏名：　　性別：男・女　生年月日　　年　月　日（　歳）　要介護度：

健康状態(原因疾患，発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 （高血圧，心疾患，呼吸器疾患，糖尿病等）

心身機能
□運動機能障害：
□感覚機能障害：
□高次脳機能障害：
□拘縮：（部位　）
□関節痛：（部位　）
□その他（　）

認知症に関する評価

参加　　主目標　（コロン（：）の後に具体的内容を記入）

退院先　　□自宅　□その他：　　□退院未定

家庭内役割（家事への参加、等）：

社会活動：

外出（内容・頻度等）：

余暇活動（内容・頻度等）：

退院後利用資源：

自立・介護状況／項目		現在の評価及び目標							具体的なアプローチ				
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介助内容 つたい・もたれ等	到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	その他の従事者が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄（昼）												
	排泄（夜）												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護状況／項目		現在の評価及び目標							具体的なアプローチ				
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介助内容 つたい・もたれ等	到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	その他の従事者が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起きあがり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例：　Ⓐ 目標　　Ⓑ 実行状況　　Ⓒ 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望（　　年　　月　　日）
ご家族の希望（　　年　　月　　日）

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい、楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらうこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等（　月　　日）

備考

担当チーム	担当医： ●PT・OT・ST：（　　）、（　　）、（　　）、（　　） ●看護・介護：（　　）、（　　）、（　　）、（　　） ●（　　）、（　　）、（　　）、（　　） （　）内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意：　　年　　月　　日

ご本人サイン：　　ご家族サイン：　　説明者サイン：

注：本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

（別紙様式21の4）

リハビリテーション 実施計画書

ID:　　評価日(開始日):　　年　　月　　日

患者氏名:　　男・女　　生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

主治医・説明医師:	リハ担当医:	看護師:
理学療法士:	他職種（　　）	

診断名		合併症	
入院日	年　月　日	発症日	年　月　日(頃)
手術日	年　月　日	治療法（術式）	
冠危険因子（既往歴）	□高血圧 □脂質異常症 □糖尿病 □高尿酸血症 □慢性腎臓病(CKD) □肥満 □喫煙 □陳旧性心筋梗塞 □狭心症 □家族歴 □その他（　　）		

活動時のリスク	心機能	□正常 □低下（EF　　%）	関節可動域制限	□無 □有（　　）
	不整脈	□無 □有（　　）	虚血(残存狭窄)	□無 □有（　　）
	その他			

日常生活（病棟）の自立度（実際に行っている活動）	
安静度	□ベッド上 □車椅子 □室内歩行 □病棟内歩行 □院内歩行 □屋外歩行
起居	□自立 □監視下 □介助　※備考:（　　）
歩行(移動)	□自立 □監視下 □介助 □未実施　※備考: □歩行 □杖・歩行器 □車椅子 □ストレッチャー
ベッドから車椅子(ストレッチャー)への移乗	□自立 □監視下 □介助 □未実施　※備考:（　　）
食事	□自立 □監視下 □介助 □未実施　※備考:（　　）
更衣	□自立 □監視下 □介助　※備考: □点滴有 □点滴無 □その他（　　）
排泄(排尿)	□自立 □監視下 □介助　※備考: □車椅子トイレ □ポータブルトイレ □ベッド上 □尿バルーン留置 □その他（　　）
排泄(排便)	□自立 □監視下 □介助　※備考: □車椅子トイレ □ポータブルトイレ □ベッド上
清潔	□自立 □監視下 □介助　※備考: □入浴 □シャワー □洗髪 □清拭
コミュニケーション（意思伝達）	□成立 □やや困難 □困難　※備考:（　　）

環境	□独居 □同居（　　） □一戸建 □集合住宅	居住階（　　）階:エレベーター	□無 □有
職業	□無職 □家事 □事務仕事 □肉体仕事	職種・通勤方法等	

再発予防・健康維持のための目標	□病気への理解 □内服管理 □食事管理 □運動習慣の獲得 □体力向上 □禁煙 □その他（　　）
本人・家族の希望・目標	

運動目標・方針(負荷試験)と運動内容（以下、チェックした項目を順に行っていく予定）			
開始日(起算日)	年　月　日	予定期間	
運動目標・方針（負荷試験）	□立位・ベッド周囲歩行 □50m歩行 □100m歩行 □200m歩行 □500m歩行 □（　　）m歩行 □トレッドミル運動負荷試験 □自転車エルゴメータ運動負荷試験 □6分間歩行試験 □その他（　　）　※備考:（　　）		
運動内容・処方	□呼吸訓練 □ストレッチ □筋力増強 □日常生活動作 □歩行 □自転車 □その他（　　） ※運動処方:（　　）		

上記について説明を受けました.　　年　　月　　日

本人・家族氏名

(別紙様式21の5)

リハビリテーション実施計画書

ID　　患者氏名　　男 ・ 女　　生年月日（明・大・昭・平・西暦）　　年　　月　　日

平成・西暦　　年　　月　　日（　　回目・　　ヶ月目）

診断名：

発症日：　　**(頃)・手術日：**

治療内容(術式)：

合併症：

冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □喫煙 □肥満 □高尿酸血症 □慢性腎臓病（CKD）□家族歴 □狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（　　）

標準体重	kg： 目標血圧　／	mmHg
現在の体重	kg： BMI（18.5～24.9）	kg/m^2
現在の血圧(又は家庭血圧)	／	mmHg

血液検査結果

□HbA1c（6.5% 未満）	%
□LDLコレステロール（100mg/dl 未満）	mg/dl
□HDLコレステロール（40mg/dl 以上）	mg/dl
□中性脂肪（TG：150mg/dl 以下）	mg/dl
□BNP	pg/ml
□他（　　）	

心機能：左室駆出率（EF）【正常・低下】　　%

他所見（　　）

ADL　□車椅子【自立・他人操作】 □介助歩行　□杖歩行
□屋内歩行　□屋外歩行　□他（　　）

環境　□独居 □同居（　　）家族の協力体制【あり・困難】
□一戸建【平屋・2階以上】
□集合住宅:　　階居住, エレベーター【有・無】
□その他（　　）

社会復帰　□無職 □家事 □休職中 □発症後退職 □退職予定
□転職 □転職予定 □発症後配置転換　□現職復帰
・職腫/業務内容/通勤方法:（　　）

本人・家族の希望・回復への目標

再発予防・健康維持のための目標
□病気への理解　□体力向上　□食事管理　□内服管理
□運動習慣の獲得　□禁煙　□他（　　）

運動負荷試験結果（運動処方）

運動耐容能【良好・低下】（健常人の	%：		METｓ）
運動処方（脈拍・血圧）：	bpm	／	mmHg
自転車	W	分	回/週
歩行	km/h	分	回/週
その他注意事項（			）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』　□できる　□要指導
『家庭血圧・体重測定』□実施している　□要支援
『自分に合った運動』　□理解している　□実践している　□要支援
『適切な食事・摂取量』□理解している　□実践している　□要支援
『正しい服薬』　□理解している　□服薬忘れなし　□要支援
『薬の管理』　□自分　□家族（　　）□他人（　　）
『自身の病気』　□不安がない　□不安がある
『日常生活活動・復職』□不安がない　□不安がある
『余暇・社会活動』　□理解している　□実践している　□要支援
『睡眠』　□良好 □不良【入眠障害・中途覚醒・他　）】
『タバコ』　□禁煙 □受動喫煙 □喫煙（　本）□要支援
『症状出現時の対処法』□理解している　□要指導
『　　』□（　　）□（　　）
『　　』□（　　）□（　　）

多職種による再発予防への取り組み

（支援・指導が必要な項目にチェックをつける）

□『運動・日常生活動作について』
担当者/職種:
□呼吸訓練　□ストレッチ　□筋力増強　□ADL訓練　□歩行
□自転車　□他（　　）

□『食事について』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

□『お薬について』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

□『　　』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

□『　　』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

今後の運動療法継続について

□当院にて　□自宅にて　□他施設にて（　　）

今後の検査・期間等について

本人・家族氏名

医師：　　理学療法士：

看護師：　　他職種（　　）：

（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	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	
		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		□ 2週間以内　□ 2週間から1ヶ月 □ 1ヶ月から3ヶ月　□ 3ヶ月から6ヶ月 □ 6ヶ月以上				
8	前回の評価からの改善や変化		−1　0　1　2　3 悪化　維持　改善大 BI・FIMで（　）点程度の改善				

〔記載上の注意〕

1 「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 「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。

3 「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。

4 「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
- 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 ウイルス肝炎
- 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

新生物
- 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

血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- 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

内分泌，栄養及び代謝疾患
- 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

精神及び行動の障害
- 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

神経系の疾患
- 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

眼及び付属器の疾患
- 039 結膜炎
- 040 白内障
- 041 屈折及び調節の障害
- 042 その他の眼及び付属器の疾患

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

循環器系の疾患
- 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 痔核
- 060 低血圧（症）
- 061 その他の循環器系の疾患

呼吸器系の疾患
- 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 喘息
- 072 その他の呼吸器系の疾患

消化器系の疾患
- 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
- 084 その他の消化器系の疾患

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

筋骨格系及び結合組織の疾患
- 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

腎尿路生殖器系の疾患
- 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

妊娠，分娩及び産じょく
- 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

周産期に発生した病態
- 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

先天奇形，変形及び染色体異常
- 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

症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
- 114 症状，徴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

（別紙様式23）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日　　年　月　日

患者氏名		男・女	生年月日（明・大・昭・平）　年　月　日（　歳）								利き手	右・右（矯正）・左
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等
原因疾患（発症・受傷日）		合併疾患・コントロール状態 （高血圧，心疾患，糖尿病等）		廃用症候群　□軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓				リハビリテーション歴				
日常生活自立度：J1，J2，A1，A2，B1，B2，C1，C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準：Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，M								

評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造

□意識障害:(3-3-9:　　)
□認知症:
□知的障害:
□精神障害:
□中枢性麻痺
(ステージ・グレード)右上肢:　右手指:　右下肢:
左上肢:　左手指:　左下肢:
□筋力低下（部位，MMT:　　）
□不随意運動・協調運動障害:

□知覚障害（□視覚，□表在覚，□深部覚，□その他:　　）
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症）（種類:　　）
□失行・失認:
□摂食機能障害:
□排泄機能障害:
□呼吸・循環機能障害:
□拘縮:
□褥瘡:
□疼痛:

基本動作

立位保持（装具:　　）　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□全介助
訓練室内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□全介助

活動

ADL・ASL等 ＼ 自立度	日常生活（病棟）実行状況:「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力:「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等
屋外歩行						杖・装具:						杖・装具:
階段昇降						杖・装具:						杖・装具:
廊下歩行						杖・装具:						杖・装具:
病棟トイレへの歩行						杖・装具:						杖・装具:
病棟トイレへの車椅子駆動(昼)						装具:						装具:
車椅子・ﾍﾞｯﾄﾞ間移乗						装具:						装具:
椅子座位保持						装具:						装具:
ﾍﾞｯﾄﾞ起き上がり												
食事						用具:						用具:
排尿（昼）						便器:						便器:
排尿（夜）						便器:						便器:
整容						移動方法・姿勢:						移動方法・姿勢:
更衣						姿勢:						姿勢:
装具・靴の着脱						姿勢:						姿勢:
入浴						浴槽:						浴槽:
コミュニケーション												

活動度　日中臥床:□無，□有（時間帯:　　理由　　）
日中座位:□椅子（背もたれなし），□椅子（背もたれあり），□椅子（背もたれ，肘うけあり），□車椅子，□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業　（□無職，□病欠中，□休職中，□発症後退職，□退職予定　　）
（職種・業種・仕事内容:　　）
経済状況（　　）

社会参加（内容・頻度等）
余暇活動（内容・頻度等）

心理

障害の受容（□ショック期　，□否認期，□怒り・恨み期，
□悲観・抑うつ期，□解決への努力期，□受容期）
機能障害改善への固執（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

依存欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）
独立欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

環境

同居家族:
親族関係:

家屋　:
家屋周囲:
交通手段:

第三者の不利

発病による家族の変化
□社会生活:
□健康上の問題の発生:
□心理的問題の発生:

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加(「主目標」)	退院先 □自宅 □親族宅 □医療機関 □その他: 復職 □現職復帰 □転職 □不可 □その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 □無 □有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
活動(すべて実行状況)	自宅内歩行 □不可 □自立 □介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 □不可 □自立 □介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 □不可 □自立 □介助: (種類:) 車椅子 □不要 □電動 □手動 (使用場所:) (駆動 □自立 □介助)(移乗 □自立 □介助:) 排泄 □自立:形態 □洋式 □和式 □立ち便器 □その他 □介助: 食事 □箸自立 □フォーク等自立 □介助: 整容 □自立 □介助: 更衣 □自立 □介助: 入浴 □自宅浴槽自立 □介助: 家事 □全部実施 □非実施 □一部実施: 書字 □自立 □利き手交換後自立 □その他: コミュニケーション □問題なし □問題あり:	
心身機能・構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 □不要 □要: 福祉機器 □不要 □要: 社会保障サービス □不要 □身障手帳 □障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要 □要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 □不要 □要: 家族構成の変化 □不要 □要: 家族内役割の変化 □不要 □要: 家族の社会活動変化 □不要 □要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考

本人・家族への説明 年 月 日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)
1. 日常生活自立度の欄については、「「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 老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
4. 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

（別紙様式２３の２）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日：　　年　　月　　日

患者氏名：	男・女	生年月日(西暦)　　年　　月　　日（　　歳）	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	リハビリテーション歴：
日常生活自立度：　J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準：Ⅰ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, M

評価項目・内容　(コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)		短期目標　(＿＿ヶ月後)	具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害　(JCS、GCS)： □見当識障害： □記銘力障害： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害： □音声、発話障害(構音、失語)： □関節可動域制限： □筋力低下： □褥瘡： □疼痛： □半側空間無視： □注意力障害： □構成障害： □その他：		
基本動作	寝返り（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 起き上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 座位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立ち上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）：		
活動	活動度　(安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)		

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能	→ 5		0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100点)	点					
コミュニケーション	理解					
	表出					

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定　　） 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他　　） 復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他　　） 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑うつ: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期　:			
退院後のリハビリテーション計画　(種類・頻度・期間):			
退院後の社会参加の見込み:			説明者署名:

本人・家族への説明:　　年　　月　　日	説明を受けた人:本人、家族(　　)　署名:

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「「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　老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日　老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Indexに代えてFIMを用いてもよい。

（別紙様式23の3）

リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日：　　年　　月　　日

氏名：		男・女	生年月日　　年　月　日（　　歳）	利き手	右・右（矯正）・左
主治医	リハ担当医		看護		緩和ケア
PT	OT		ST		SW等
原発巣（発症・診断確定日）：		病期分類（ステージ）：	併存疾患：		
廃用症候群：		リハビリテーション歴：		PS又はKPS：	
入院の目的と治療内容	入院の目的：	治療内容：		予定入院期間：	
	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症：	治療後に生じる可能性のある身体の障害：		退院後の治療予定：	
身体症状ととられている対策	□疼痛　□嘔気　□倦怠感　□呼吸困難　□不安・抑鬱　□その他 （とられている対策：　　）				
骨転移	骨転移検索の有無	□半年以内の骨シンチ　□単純レントゲン　□CT　□MRI （直近の検索日時：　年　月　日）			
	骨転移の診断	□骨転移なし　□骨転移あり（部位　　）			
	病的骨折のリスク	□単純レントゲンで溶骨性変化　□骨シンチで異常集積 □局所の疼痛			

評価項目・内容（具体的内容を記載）						具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害（JCS、GCS）・せん妄： □運動障害： □感覚障害： □摂食・嚥下障害 □呼吸、循環障害： □音声、発話障害： □関節可動域制限： □筋力低下： □疼痛： □その他： 基本動作：座位（□自立　□一部介助　□全介助） 立ち上がり（□自立　□一部介助　□全介助） 立位（□自立　□一部介助　□全介助）					
活動	安静度の制限とその理由、活動時のリスク（手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮）					
	ADL（B. I. に準じる）	自立	一部介助		全介助	使用用具（杖、装具）・介助内容
	食事	10	5		0	
	移乗	15	10	5	0	
	整容	5	0		0	
	トイレ動作	10	5		0	
	入浴	5	0		0	
	平地歩行	15	10	5	0	
	階段	10	5		0	
	更衣	10	5		0	
	排便管理	10	5		0	
	排尿管理	10	5		0	
	合計（0～100点）		点			

評価項目・内容（具体的内容を記載）		具体的アプローチ
参加	職業　□あり（仕事内容：　　） □なし 家庭内役割： 余暇（趣味など）： その他：	
心理	□抑うつ気分 □興味・喜びの著しい減退 □食欲の障害 □睡眠の障害 □焦燥又は抑止 □易疲労感又は気力の減退 □無価値感又は自責感 □集中力低下又は決断困難 □希死念慮 その他：	
環境	同居家族： 家屋： その他：	自宅改造：福祉機器　□要　□不要 介護保険サービス　□要　□不要 その他：
2週間後の目標：		本人の希望：
		家族の希望：
リハビリテーションの治療方針：		
退院時の目標と見込み時期：		
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）：		
退院後の社会参加の見込み：		

本人・家族への説明　　年　月　日
説明を受けた人：　本人・家族（　　）

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者：　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式23の4）

リハビリテーション総合実施計画書

ID　　患者氏名　　男・女

生年月日（明・大・昭・平・西暦）　　年　　月　　日　　歳

評価日：平成・西暦　　年　　月　　日（　　回目・　　ヶ月目）

診断名：

発症日：　　**(頃)・手術日：**

治療内容(術式)：

合併症：

冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □家族歴 □喫煙
□慢性腎臓病（CKD）□狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（　　）

標準体重　　kg：現在の体重　　kg：BMI(18.5～25.9)　　kg/m^2

目標血圧　　／　　mmHg　　現在の血圧(又は家庭血圧)　　／　　mmHg

血液検査結果

□HbA1c　　%　　□LDL-C　　mg/dl

□HDL-C　　mg/dl　　□中性脂肪　　mg/dl

□他（　　）

心機能　□左室駆出率（EF）【正常・低下】　　%

□他（　　）

身体機能：

□関節可動域制限（部位：　　）　□疼痛（部位：　　）

□筋力低下（部位：　　）　□バランス障害（　　）

□他（　　）

運動負荷試験結果（運動処方）

運動耐容能【良好・低下】（健常人の　　%：　　METｓ）

運動処方（脈拍・血圧）：　　bpm　　／　　mmHg

自転車	W	分	回/週
歩行	km/h	分	回/週
他注意事項：			

今後の運動療法継続について

□当院にて　□自宅にて　□他施設にて（　　）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦　　年　　月　　日 本人・家族氏名

医師：　　理学療法士：

看護師：　　他職種（　　）：

参加　□無職 □家事 □休職中 □発症後退職 □退職予定
□転職 □転職予定 □配置転換　□現職復帰
・職種/業務内容/通勤方法等（　　）
・余暇・社会活動等　（　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：

活動　・ADL　□車椅子【自立・他人操作】 □介助歩行　□杖歩行　□屋内歩行　□屋外歩行
□階段昇降　□他（　　）
・入浴　□入浴 □半身浴 □シャワー浴 □他（　　）
・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　□問題なし　□問題あり（　　）
・他（　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：

環境　□独居　□同居（　　）、家族の協力体制【あり・困難】
□一戸建【平屋・2階以上】 □集合住宅:　　階居住、 エレベーター【あり・なし】
□その他（　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：自宅改造/福祉機器【要・不要】　介護保険ｻｰﾋﾞｽ【要・不要】

心理　・自身の病気に対する不安　□なし □あり（具体的に：　　）
・日常社会活動に対する不安　□なし □あり（具体的に：　　）
・睡眠　□良好 □不良【入眠障害・中途覚醒・他（　　）
・食欲　□良好 □減退

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）
□なし　□あり（具体的に：　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標
□病気の理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □運動習慣の獲得 □禁煙 □他（　　）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』	□できる	□要指導	
『家庭血圧・体重測定』	□実施している	□要支援	
『自分に合った運動』	□理解している	□実践している	□要支援
『適切な食事・摂取量』	□理解している	□実践している	□要支援
『正しい服薬』	□理解している	□服薬忘れなし	□要支援
『薬の管理』	□自分	□家族（　　）	□他人（　　）
『タバコ』	□禁煙	□受動喫煙	□喫煙（　　本）□要支援
『症状出現時の対処法』	□理解している	□要指導	
他『　　』	□（　　）	□（　　）	□（　　）

本人・家族の希望

別紙様式 23 の５

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開始時点	現時点
			得点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		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

平成　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	

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

（別紙様式２５）

酸素の購入価格に関する届出書（平成　　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（ＣＥ）		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（ＣＥ）		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。

平成　　年　　月　　日

医療機関コード	

保険医療機関　　所在地
名　称
開設者　　印

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25年１月１日から平成26年３月31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105分の108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）

平成　　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、現在の疾病の診療に関して、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

（別紙様式27）

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　平成　　年　　月

患者名	男・女	入院日	平成　　年　月　日
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日 （　　）歳	退院日 （既に退院している場合）	平成　　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　喀痰吸引 → 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ていない ・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）　　印

（別紙様式２８）

初診料及び外来診療料の注２、注３に規定する施設基準に係る報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

区分の種類	□　注２　　□　注３
保険医療機関の種類	□　特定機能病院
	□　地域医療支援病院（500床以上）
	□　上記以外の500床以上の病院 （一般病床が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	紹介患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	名
③	逆紹介患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	名
④	救急患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	名
⑤	紹介率　＝（②＋④）／①	%
⑥	逆紹介率＝　③／①	%

［記載上の注意］

1 ・「①」から「④」に規定する初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数は、特定機能病院については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成５年２月15日)(健政発第98号)」、地域医療支援病院については「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年５月19日)(健政発第639号)」で定めるものとすること。ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日に受診したものの数を除く。）」とする。また、地域医療支援病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。
・保険医療機関の種類が「上記以外の500床以上の病院（一般病床が200床未満の病院を除く）」の場合は、「地域医療支援病院（500床以上）の場合」に準じて「①」から「⑥」まで記載すること。

2 「①」～「④」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。
・注2の場合、報告時の前年度の１年間で、紹介率の実績が50%未満かつ逆紹介率の実績が50%未満の場合であって、報告年度の連続する６月間においては紹介率の実績が50%未満かつ逆紹介率の実績が50%未満ではなかった場合には、報告年度の連続する６月間についても報告を行うこと。
・注3の場合の紹介率の実績は40%未満、逆紹介率の実績は30%未満とすること。

（別紙様式29）

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日　　平成　　年　　月　　日

（ふりがな）		性別	ID:
氏名		（男・女）	
生年月日　　明・大・昭・平　　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	□　せん妄又は抑うつを有する		
	□　自殺企図で入院		
	□　精神疾患を有する		
	□　その他（　　）		

＜現症＞

		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	抑うつ	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	せん妄	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	幻覚・妄想	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	興奮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	自殺念慮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
睡眠障害	不眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	傾眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
問題行動	徘徊	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	暴力行為	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	安静保持困難	□なし	□軽症	□中等症	□重症
意識障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
認知機能障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
その他（具体的に）　（　　）		□なし	□軽症	□中等症	□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	□問題なし		
		□軽度の症状があるも、日常生活動作は自立		
		□時に介助が必要、一日の半分以上は起きている		
		□しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している		
		□常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	□問題なし	□要介助	□不可
	排泄	□問題なし	□要介助	□ポータブル
	食事	□問題なし	□要介助	□不可
	入浴	□問題なし	□要介助	□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
□軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
□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)
□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)
□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	□実施　□未実施	
	心理療法	□実施　□未実施	
	ソーシャルワーク	□実施　□未実施	
	心理教育	□実施　□未実施	
	服薬指導	□実施　□未実施	
	作業療法	□実施　□未実施	
	その他	□実施　□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	□実施　□未実施	
治療評価（Ⅱ）	精神症状	□なし □改善 □不変 □増悪	
	睡眠障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	問題行動	□なし □改善 □不変 □増悪	
	意識障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	認知機能障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	その他（具体的に）（　　）	□なし □改善 □不変 □増悪	
治療評価（Ⅲ）	精神機能の全体的評価（GAF）尺度	□なし □改善 □不変 □増悪	
	身体活動状態	□なし □改善 □不変 □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	
臨床心理技術者		（　　）	
次回の再評価予定日		平成　　年　　月　　日	
本人・家族への説明日		平成　　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　　平成　　年　　月　　日

（ふりがな）		性別	ID:
氏名		（男・女）	
生年月日　　明・大・昭・平　　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	□　せん妄又は抑うつを有する		
	□　自殺企図で入院		
	□　精神疾患を有する		
	□　その他（　　）		

＜現症＞　　【重症度】

精神症状	不安・焦燥	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	抑うつ	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	せん妄	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	幻覚・妄想	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	興奮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	自殺念慮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
睡眠障害	不眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	傾眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
問題行動	徘徊	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	暴力行為	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	安静保持困難	□なし	□軽症	□中等症	□重症
意識障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
認知機能障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
その他（具体的に）（　　）		□なし	□軽症	□中等症	□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	□問題なし		
		□軽度の症状があるも、日常生活動作は自立		
		□時に介助が必要、一日の半分以上は起きている		
		□しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している		
		□常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	□問題なし	□要介助	□不可
	排泄	□問題なし	□要介助	□ポータブル
	食事	□問題なし	□要介助	□不可
	入浴	□問題なし	□要介助	□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
□軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
□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)
□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)
□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

<table>
<tr><td rowspan="4">治療目標</td><td colspan="5">□　せん妄又は抑うつの改善</td></tr>
<tr><td colspan="5">□　自殺念慮の消失</td></tr>
<tr><td colspan="5">□　精神疾患の治療継続、軽快</td></tr>
<tr><td colspan="5">□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>治療計画
（Ⅰ）</td><td colspan="5">□薬物療法　□抗精神病薬　□抗うつ薬　□気分安定薬
□抗不安薬　□睡眠薬　□認知症治療薬
□その他（　　）
□心理療法　□ソーシャルワーク
□心理教育　□服薬指導
□作業療法　□その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="11">治療計画
（Ⅱ）</td><td colspan="2">現　症</td><td>短期目標</td><td colspan="2">具体的アプローチ</td></tr>
<tr><td rowspan="6">精神症状</td><td>不安・焦燥</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>抑うつ</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>せん妄</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>幻覚・妄想</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>興奮</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>自殺念慮</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>睡眠障害</td><td>（　　）</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>問題行動</td><td>（　　）</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">意識障害</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">認知機能障害</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>その他
（具体的に）</td><td>（　　）</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主治医</td><td colspan="2"></td><td>精神科医</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>看護師</td><td colspan="2"></td><td>精神保健福祉士</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>作業療法師</td><td colspan="2"></td><td>薬剤師</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>臨床心理技術者</td><td colspan="2"></td><td>（　　）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">次回の再評価予定日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">本人・家族への説明日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

（別紙様式３０）

病棟薬剤業務日誌

平成　　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（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，躯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（身体の揺り動かし，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，躯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，牙関緊急，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，顎，四肢，躯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。					

（別紙様式３４）

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（平成　　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　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。

平成　　年　　月　　日

機関名
住所
電話
（FAX）

医師氏名　　㊞

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　　殿

（別紙様式３５）

妥結率に係る報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）　（①）	円
卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）　（②）	円
妥結率 （②／①　）％	％

［記載上の注意］

１　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

２　「①」及び「②」については、報告年度の当年４月１日から９月 30 日の薬価総額を報告年度の１０月中に報告すること。報告しない 200 床以上の保険医療機関は、妥結率の低い保険医療機関とみなされることに留意すること。

３　保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

【別添3】

別紙36

抗不安薬

- オキサゾラム
- クロキサゾラム
- クロラゼプ酸二カリウム
- ジアゼパム
- フルジアゼパム
- ブロマゼパム
- 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
- クロルジアゼポキシド
- ロフラゼプ酸エチル
- 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

- ブロモバレリル尿素
- 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

ブロチゾラム
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
クロルプロマジン塩酸塩、プロメタジン塩酸塩、フェノバルビタール合剤
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクロン
ラメルテオン
スボレキサント

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
エスシタロプラムシュウ酸塩
ベンラファキシン塩酸塩

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
ゾテピン
チミペロン
ブロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトプリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナプリド
レセルピン
△　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

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
ピモジド	4 mg
ゾテピン	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
ネモナプリド	4.5 mg
レセルピン	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

別紙様式37

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害用　院内標準診療計画書

患者氏名	様（男・女）	（M・T・S）　年　月　日生（　歳）	身体疾患	
			既往歴	

担当者サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の担当者	

目標		入院形態	

	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師（通常の診察は除く）	□身体疾患の確認（他科医師との連携）											
	□入院治療・行動制限の同意取得（行動制限は必要時）	□入院形態・行動制限の見直し		□入院形態・行動制限の見直し			□入院形態・行動制限の見直し				□入院形態・行動制限の見直し	
	□治療状況の確認と対処											
看護師	□身体症状の評価 □精神症状の評価 ※3	□身体症状の評価										
		生活援助 □生活自立度自己チェック※4		生活援助 □生活自立度自己チェック※4			生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（2か月で退院する場合）				生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（3か月で退院する場合）	
精神保健福祉士	本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う □関係機関への連絡・調整※5 □経済状況 □生活環境	□社会資源チェックリスト作成※6					□社会資源チェックリスト作成（2ヶ月で退院する場合）※6				□社会資源チェックリスト作成（3か月で退院する場合）※6	
							□退院支援チェックリスト作成（2ヶ月で退院する場合）※7				□退院支援チェックリスト作成（3か月で退院する場合）※7	
薬剤師等※1	□入院患者・家族から服薬状況について聞き取り	□服薬指導		□服薬指導			□退院時患者・家族服薬指導（2ヶ月で退院する場合）				□退院時患者・家族服薬指導（3ヶ月で退院する場合）	
	□持参薬チェック	□薬剤の副作用等の評価※8		□クロルプロマジン（CP）換算を行い、処方量の確認を行う □薬剤の副作用等の評価※8			□CP換算を行い、処方量の確認 □薬剤の副作用等の評価※8				□CP換算を行い、処方量の確認 □薬剤の副作用等の評価※8	
臨床心理技術者	□精神症状の評価※9	□精神症状の評価※10		□精神症状の評価※9			□精神症状の評価 ※9				□精神症状の評価 ※9	
作業療法士等※2	□認知機能の評価※11											
	□作業療法のオリエンテーション □作業療法実施計画立案	□作業能力評価※12		□作業能力評価※12			□作業能力評価※12				□作業能力評価※12	
チーム共通 医師、看護師、薬剤師等	□患者・家族と共に治療方針の決定※19	□患者・家族と共に治療方針の決定※19		□患者・家族と共に治療方針の決定※19			□患者・家族と共に治療方針の決定※19				□患者・家族と共に治療方針の決定※19	
医師、看護師、臨床心理技術者等			□疾患に対する教育（統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について） 2ヶ月で退院する場合※15				□疾患に対する教育（家族とともに振り返り）					
							□疾患に対する教育（統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について） 3ヶ月で退院する場合※15				□疾患に対する教育（家族とともに振り返り）	
全職種	□退院前訪問指導 ※13	□地域移行支援カンファレンス※14		□地域移行支援カンファレンス※14		□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※17	□地域移行支援カンファレンス（2ヶ月で退院する場合）※16	□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※18		□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※17	□地域移行支援カンファレンス（3ヶ月で退院する場合）※16	□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※18

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もPANSS－EC評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9PANSS又はMS評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※10PANSS又はMSに加え、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11BACS-J/WCST慶應版等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12　OSAⅡ等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13入院前の生活環境把握を行う
※14地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※15疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※16※14に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※17退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※18退院後の具体的環境調整を行う
※19自己決定への支援（服薬、金銭等）

別紙様式37の2

気分(感情)障害用　院内標準診療計画書

患者氏名		様(男・女)	(M・T・S)　年　月　日生(　歳)	身体疾患	
				既往歴	

担当者サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の担当者	

目標		入院形態	

	入院1週目	入院2週目	入院3週目	入院4週目	入院5週目	入院6週目	入院7週目	入院8週目	入院9週目	入院10週目	入院11週目	入院12週目
	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目	実施項目
医師(通常の診察は除く)	□身体疾患の確認(他科医師との連携)											
	□入院治療・行動制限の同意取得(行動制限は必要時)	□入院形態・行動制限の見直し		□入院形態・行動制限の見直し			□入院形態・行動制限の見直し				□入院形態・行動制限の見直し	
	□治療状況の確認と対処											
看護師	□隔離している場合、精神症状の評価※3 □睡眠(自己・看護師評価) □生活自立度自己チェック※4	□隔離している場合、精神症状の評価※3		□生活自立度自己チェック※4			生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について(2か月で退院する場合)				生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について(3か月で退院する場合)	
精神保健福祉士	本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う □関係機関への連絡・調整※5 □経済状況 □生活環境 □職場・家族との調整	□社会資源チェックリスト作成※6		□社会資源チェックリスト作成※6 □利用サービスの確認(本人・家族) □関係機関との連携			□関係機関との連携				□関係機関との連携	
							(2ヶ月で退院する場合) □退院支援チェックリスト □退院後の習慣スケジュール確認(本人・家族)				(3ヶ月で退院する場合) □退院支援チェックリスト □退院後の習慣スケジュール確認(本人・家族)	
薬剤師等※1	□入院時患者・家族等から服薬状況を聞き取り	□服薬指導(薬の説明・副作用の有無確認)		□服薬指導			□服薬指導 □退院時患者・家族服薬指導(2か月で退院する場合)				□服薬指導 □退院時患者・家族服薬指導(3か月で退院する場合)	
	□持参薬チェック □薬剤の副作用等の評価※8	□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、クロルプロマジン(CP)換算を行い処方量を確認		□薬剤の副作用等の評価※8			□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認				□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認	
臨床心理技術者	□精神症状の評価※9	□精神症状の評価※10		□精神症状の評価※11			□精神症状の評価※12				□精神症状の評価※12	
							□WAIS－Ⅲ(必要時)				□WAIS－Ⅲ(必要時)	
作業療法士等※2			集団作業療法導入への説明、段階的導入				精神科リハビリテーションの確認				精神科リハビリテーションの確認	
	□作業療法のオリエンテーション □作業療法実施計画立案	□作業能力評価※13		□作業能力評価※13			□作業能力評価※13				□作業能力評価※13	
チーム共通 医師・看護師・薬剤師		□患者・家族と共に治療方針の決定※20		□患者・家族と共に治療方針の決定※20			□患者・家族と共に治療方針の決定※20			□患者・家族と共に治療方針の決定※20		
チーム共通 臨床心理士・PSW・看護師・薬剤師	家族への家族教室案内	会社・家族への心理教育		家族への心理教育案内	会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育	
チーム共通 全職種	□退院前訪問指導※14	□地域移行支援カンファレンス※15		□地域移行支援カンファレンス※15	□退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18		□地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※17	□退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※19	□退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18		□地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※17	□退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※19

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-Ⅱ等、これに準ずるもの評価ができるものを用いて評価を行う
※10HAM-D、YMRS、MADRS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12HAM-D、YMRS、MADRS、SCIDⅡ等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13POMS、WCST等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※14入院前の生活環境把握を行う
※15地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※16疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※17※15に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※18退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※19退院後の具体的環境調整を行う
※20自己決定への支援(内服、金銭等)

別紙様式38

退院支援委員会会議記録

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　生年月日 T･S･H　　年　　月　　日

委員会開催日：平成　　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３９

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」処方せん料、「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。

別紙様式４０

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	平成　年　月　日から平成　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		
		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
名	名	名	名

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種類以上又は抗精神病薬３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					
		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
名	名	名	名	名	名	名

⑧／②　＝　　%

※　⑧／②が 10%未満であるか、又は⑧が 20 名未満である場合、「Ｉ００２」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。

別紙様式４１

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。）

総合支援計画書

フリガナ 氏　名		生年月日	明治・大正 昭和・平成　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　ヶ月

・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・不変・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・不変・悪化】

（６）各種サービス利用状況（支援計画策定時点）

・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

□　不要　□就労　□家族からの援助　□障害年金　□老齢基礎年金　□生活保護　□その他（　）

（９）今後必要とされる各種のサービス

１．精神科医療

□精神科通院（当院、他院）　□精神科デイケア　□精神科デイナイトケア、□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

□重度訪問介護【　回／週】　□行動援護【　回／週】　□グループホーム【　回／週】、

□生活介護【　回／週】　□居宅介護（ホームヘルプ）【　回／週又】　□地域活動支援センター【　回／週】

□保健所による訪問【　回／週】　□その他サービス（　）【　回／週】

３．その他（　）

（１０）連携すべき関係機関

□保健所　□精神保健福祉センター　□市町村　□相談支援事業所　□居宅介護支援事業所

□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

□「訪問診療」　［担当　］

訪問予定日：　月　日（ ）、　月　日（ ）、　月　日（ ）、　月　日（ ）、　月　日（ ）

□「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」

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　]

（１３）（７）～（１１）を達成するための、具体的な支援計画

□「病気の症状・お薬について」　担当者／職種＿＿＿＿＿＿

支援計画（　）

□「看護・介護について」　担当者／職種＿＿＿＿＿＿

支援計画（　）

□「社会生活機能の回復について」　担当者／職種＿＿＿＿＿＿

支援計画（　）

□「社会資源について」　担当者／職種＿＿＿＿＿＿

支援計画（　）

□「その他行うべき支援」　担当者／職種＿＿＿＿＿＿

支援計画（　）

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：　＿＿＿＿＿＿㊞

緊急時電話番号：

別紙様式４２

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	■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	■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）

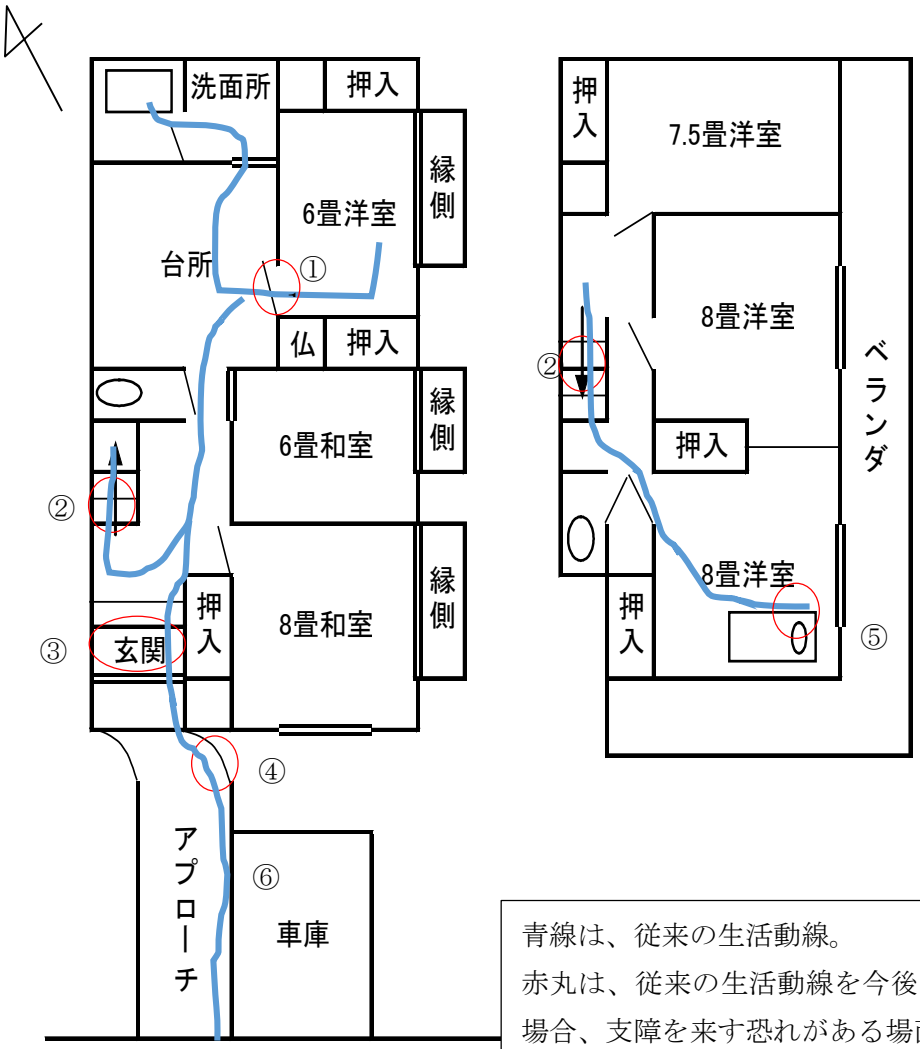
■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

［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



青線は、従来の生活動線。
赤丸は、従来の生活動線を今後も利用する場合、支障を来す恐れがある場面

（自宅生活を実現するために検討すべき事項）

① 幅８０CM、車いすは困難。歩行移動が必要

② 階段 10 段。手すり右にしかない。

③ １段差２０CM。改修は困難な見込。上がる能力が必要。

④ ここだけ、手すりが付けられない空白部分。避ける動線にすべき。

⑤ ベッドの向きを反対し突っ張り棒を導入すると、自力で起居できる可能性が高まる。

⑥ アプローチは石畳。車いす移動は困難。デイケアの送迎車に乗るため、介助歩行の獲得が必要。

別紙様式43

褥瘡対策に関する診療計画書

氏 名　　殿　　男　女　　計画作成日　　.　　.

明・大・昭・平　　年　　月　　日 生　　（　　歳）

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（　　））
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（　　））

褥瘡発生日　　.　　.

＜日常生活自立度の低い入院患者＞

危険因子の評価	日常生活自立度　J(1, 2)　A(1, 2)　B(1, 2)　C(1, 2)			対処
	・基本的動作能力　（ベッド上　自力体位変換）	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
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	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	
	・浮腫（局所以外の部位）	なし	あり	

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞

褥瘡の状態の評価（DESIGN－R）										合計点	
	深さ	(0)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	(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×長径に直行する最大径	(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、腫脹、熱感、疼痛）		(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)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(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） （ポケットの長径×長径に直行する最大径）－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			

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）口

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			
評価　月　日			
評価　月　日			

評価

説明日　平成　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

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名:	
担当医:　　科　　殿	依頼日:平成　年　月　日

標本の送付側

病理標本の送付側の医療機関名:	
所在地:	
電話番号:　　医師氏名:　　提出医サイン:	
標本作製の場所: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　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:	
病理診断料使用欄:病理診断科ID □病理診断管理加算1　□病理診断管理加算2　□標本作製料　□病理診断料　□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

様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料における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	

１．退棟患者数

①	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
②	直近の報告の前月までの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

２．１日当たりのリハビリテーション提供単位数

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
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
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
	ii	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された心脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	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
	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
	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
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
⑥	直近の報告における１日あたりのリハビリテーション提供単位数		単位

３．実績指数

⑦	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
⑧	⑦のうち、実績指数の計算対象とした患者数	名
⑨	⑧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
⑩	⑧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	
⑪	実績指数（⑨／⑩）	点
⑫	直近に報告した実績指数	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。）

⑬　届出の前月までの６か月	（　　）月	（　　）月	（　　）月	（　　）月	（　　）月	（　　）月
⑭　入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑮　高次脳機能障害患者が入棟患数の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
⑯　⑮による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑮が有の場合のみ）	名	名	名	名	名	名
⑰　実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑱　除外割合（⑰÷（⑭又は⑯））	%	%	%	%	%	%

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（⑮が有の場合には、それぞれ⑬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⑬の前月を記載	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月
⑲　６か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑳　⑲のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
㉑　高次脳機能障害患者の割合（⑳÷⑲）	%	%	%	%	%	%

[記載上の注意]

１．①から㉑は平成 28 年４月１日以降に入院した患者のみを対象とする。

２．①及び②は実績指数の計算対象となったものに限る。①が 10 名未満の場合、⑦から⑪は記入しない。

３．初めての報告の場合、「直近の報告年月日」、②、⑥及び⑫は記入しない。

４．④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。

５．直近の報告において実績指数の報告対象外であった場合は⑫は記入しない。

６．⑭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。

７．⑰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実績指数の計算対象から除外したものに限る。

８．⑱の除外割合は、⑮が「有」の場合は⑰÷⑯、「無」の場合は⑰÷⑭とする。

９．⑲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。

10．⑮、⑳、㉑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。