

(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○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

平成 年 月 日

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院)
□ 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

Table with columns for medical categories (e.g., 医療区分3, 2) and evaluation days (1-31). Includes rows for conditions like '24時間持続して点滴を実施している状態'.

II 算定期間に限りがない区分

Table with columns for medical categories (e.g., 医療区分3, 2) and evaluation days (1-31). Includes rows for conditions like 'スモン', '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'.

Summary table for medical categories: 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)

Row 91: 身体抑制を実施している(注3を参照)

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

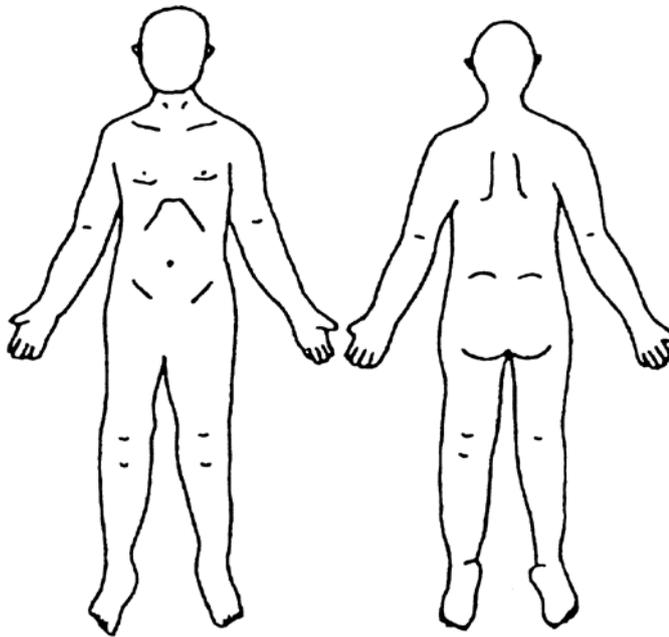
既往歴 年 月 日

身体症状

【重症度】

【症状の性質、分布】

- 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)



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	<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)	②	③
①		

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、リラクゼーション) <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <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	
-----------	--

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 <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)	社会的環境:	c. 職歴
		a. 就学状況 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	<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"/> 緘黙 <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	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 : <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 ()	基本方針 :
	治療と検査 : 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 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 () 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 () 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
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 その他 : <input type="checkbox"/> 家族療法 : 回/週・月 <input type="checkbox"/> 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 : <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。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)

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 <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)	社会的環境：	c. 職歴
		a. 就学状況 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	<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"/> 緘黙 <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	臨床心理技術者	その他

Ⅲ. 治療計画

(患者氏名)

<p>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 : _____)</p> <p>本人の希望 :</p> <p>家族の希望 :</p> <p>目標の設定 :</p> <p>同意事項 :</p> <p><input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定</p> <p><input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善</p> <p><input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善</p> <p><input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立</p> <p><input type="checkbox"/> 社会復帰</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	<p>基本方針 :</p> <p>治療と検査 :</p> <p>A. 治療 :</p> <p>精神療法 :</p> <p><input type="checkbox"/> 個人精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 : 回/週</p> <p><input type="checkbox"/> 認知行動療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 : 回/週</p> <p>薬物療法 :</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>B. 検査 :</p> <p>理化学検査 :</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X 線</p> <p><input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>心理検査 :</p> <p><input type="checkbox"/> 知能検査 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 性格検査 (_____)</p>
<p>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 _____)</p>	<p>隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>
<p>選任された退院後生活環境相談員の氏名</p>	
<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	

Ⅳ. 家族へのアプローチ

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

Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

<p>入院中の教育的配慮 :</p> <p><input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学)</p> <p><input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級</p> <p><input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	<p>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</p> <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"/> その他 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 現状での問題点 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 今後の方向性 (_____)</p>
--	--

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)

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	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 (濃厚流動食・経腸栄養剤)	経腸栄養※2	<input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 経鼻() <input type="checkbox"/> 胃瘻() <input type="checkbox"/> 腸瘻()	経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)			
栄養投与方法の推移(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)			<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
実投与量	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
投与バランス※4	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
新規栄養管理プラン	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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 4)

亜急性期入院医療管理診療計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
・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、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

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

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)
生年月日:明・大・昭・平	年 月 日生(才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 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

【検査・問診】	【検査項目】	【血液検査項目】(採血日 月 日)
	<input type="checkbox"/> 体重:現在(kg) →目標(kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲:現在(cm) →目標(cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態(低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標(%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <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"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 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"/> 食塩・調味料を控える <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"/> 外食の際の注意事項() <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"/> その他() <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	担当者の氏名 (印)
	<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 日) 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()	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	担当者の氏名 (印)
服薬指導 <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 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)

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

(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。

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。