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

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	具体的アプローチ
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				

<table>
<tr><th colspan="2">評価項目・内容（具体的内容を記載）</th><th>具体的アプローチ</th></tr>
<tr><td>参加</td><td>職業　　☐あり（仕事内容：　　）
　　☐なし
家庭内役割：
余暇（趣味など）：
その他：</td><td></td></tr>
<tr><td>心理</td><td>☐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：</td><td></td></tr>
<tr><td>環境</td><td>同居家族：

家屋：

その他：</td><td>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：</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">2週間後の目標：</td><td>本人の希望：</td></tr>
<tr><td>家族の希望：</td></tr>
<tr><td colspan="3">リハビリテーションの治療方針：</td></tr>
<tr><td colspan="3">退院時の目標と見込み時期：</td></tr>
<tr><td colspan="3">退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）：</td></tr>
<tr><td colspan="3">退院後の社会参加の見込み：</td></tr>
</table>

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。

（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="4">☐　せん妄又は抑うつの改善</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐　自殺念慮の消失</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐　精神疾患の治療継続、軽快</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>治療計画
（Ⅰ）</td><td colspan="4">☐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="12">治療計画
（Ⅱ）</td><td colspan="2">現　症</td><td>短期目標</td><td>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></td></tr>
<tr><td>抑うつ</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>せん妄</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>幻覚・妄想</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>興奮</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>自殺念慮</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>睡眠障害</td><td>（　　）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>問題行動</td><td>（　　）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">意識障害</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">認知機能障害</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>その他
（具体的に）</td><td>（　　）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>主治医</td><td colspan="2"></td><td>精神科医</td><td></td></tr>
<tr><td>看護師</td><td colspan="2"></td><td>精神保健福祉士</td><td></td></tr>
<tr><td>作業療法師</td><td colspan="2"></td><td>薬剤師</td><td></td></tr>
<tr><td>臨床心理技術者</td><td colspan="2"></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">次回の再評価予定日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">本人・家族への説明日</td><td colspan="2">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	業務時間		業務内容	実施
時間帯	小計		薬剤師名	時間帯	小計		薬剤師名

※　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）

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日：　　年７月　　日

本指導管理料を算定した患者数 （期間：　　年４月～　　年３月）	①　　名

①のうち、当該期間後の６月末日までに HbA1ｃが改善又は維持された者	②　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	③　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに血圧が改善又は維持された者	④　　名

HbA1ｃが改善又は維持が認められた者の割合

＝　②／①　⑤　　％

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

＝　③／①　⑥　　％

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

＝　④／①　⑦　　％

［記載上の注意点］

１　「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。

２　「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

（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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿