

(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						認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 : I , II a, II b, 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													
	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」							
	ADL・ASL等		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	独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具
活動	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・ベッド間移乗							装具:							装具:
	椅子座位保持							装具:							装具:
	ベッド起き上がり														
	食事							用具:							用具:
	排尿(昼)							便器:							便器:
排尿(夜)							便器:							便器:	
活動	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, ☐ ギャッチアップ													
栄養※	身長 ^{#1} :()cm, 体重:()kg, BMI ^{#1} :()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事, ☐ 補助食品), ☐ 経管栄養, ☐ 静脈栄養(☐ 末梢, ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無, ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし, ☐ 低栄養, ☐ 低栄養リスク, ☐ 過栄養, ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量:()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可														
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3者の	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:														

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本シート上段に管理栄養士の氏名も記入)

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				認知症高齢者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 (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：	
栄養 (※)	身長 ^{#1} : ()cm、体重: ()kg、 BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法（複数選択可）： ☐ 経口（ ☐ 食事、 ☐ 補助食品） ☐ 経管栄養、 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢、 ☐ 中心） 嚥下調整食の必要性： ☐ 無、 ☐ 有（学会分類コード： ） 栄養状態： ☐ 問題なし、 ☐ 低栄養、 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養、 ☐ その他（ ） 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	摂取栄養量: (目標: kcal) 体重増加/減量: (目標: kg) 栄養補給方法（複数選択可）： ☐ 経口（ ☐ 食事、 ☐ 補助食品） ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢、 ☐ 中心） その他:	
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1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. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者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。

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、「栄養」欄に必ず記入のこと(シート上段に管理栄養士の氏名も記入)

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)								
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:							
	動基 作本							
	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)							
	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)							
活動	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:	
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事 ☐ 補助食品) ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養(☐ 末梢 ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無 ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養 ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可	
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:

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本シート上段に管理栄養士の氏名も記入)

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

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（					
栄養※					
栄養補給方法： ☐ 経口（ ☐ 食事 ☐ 補助食品）					
(複数選択可)					
☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢 ☐ 中心）					
嚥下調整食の必要性： ☐ 無 ☐ 有（学会分類コード：					
栄養状態： ☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養 ☐ その他（					
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】					
必要栄養量：（					
) kcal, たんぱく質（					
) g					
総摂取栄養量 [※] ：（					
) kcal, たんぱく質（					
) g					
(経口・経管・静脈全て含					
# 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可					
※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと（担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入）					
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プローチ：

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プローチ：

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プローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【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プローチ：

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プローチ：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』
『症状出現時の対処法』
他『

☐禁煙 ☐受動喫煙 ☐喫煙（
☐理解している ☐要指導
☐（
本）☐要支援
☐（
）☐（
）

本人・家族の希望

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. A D L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		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
	移動	浴槽・シャワー		
		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				

容との関連

心身機能

活動

社会参加

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

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）

說明醫師署名：

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

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 患者の医学的な状態が安定しない イ 医療的な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（許可病床数が400床以上）	
		☐ 上記以外の許可病床数が400床以上の病院 （一般病床数が200床未満の病院を除く）	
①	初診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	名	
②	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(許可病床数が400床以上)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。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「上記以外の許可病床数が400床以上の病院(一般病床数が200床未満の病院を除く)」の場合は、「地域医療支援病院(許可病床数が400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。

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
睡眠障害	自殺念慮	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	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	
公認心理師		()	
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
睡眠障害	自殺念慮	☐ なし	☐ 軽症	☐ 中等症	☐ 重症
	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

治療目標	☐ せん妄又は抑うつの改善			
	☐ 自殺念慮の消失			
	☐ 精神疾患の治療継続、軽快			
	☐ その他()			
治療計画 (Ⅰ)	☐ 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 ()			
治療計画 (Ⅱ)	現 症		短期目標	具体的アプローチ
	精神症状	不安・焦燥		
		抑うつ		
		せん妄		
		幻覚・妄想		
		興奮		
		自殺念慮		
	睡眠障害	()		
	問題行動	()		
	意識障害			
	認知機能障害			
	その他 (具体的に)	()		
主治医			精神科医	
看護師			精神保健福祉士	
作業療法師			薬剤師	
公認心理師			()	
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 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

--

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

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

2 精神科デイ・ケア等の平均実施期間

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

[記載上の注意点]

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

(別紙様式32)

認知症療養計画書

説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

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

Ⅰ. 症状

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

Ⅱ. 家族又は介護者による介護の状況

--

Ⅲ. 治療計画

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

Ⅳ. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

--

Ⅴ. 緊急時の対応方法・連絡先

--

Ⅵ. 特記事項

--

担当医

本人又は家族又は介護者の署名

認知症療養計画書

ID 番号 _____ 患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（年齢 _____ 歳）

_____ 認知症疾患医療センター 説明医 _____

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

●症状（認知機能障害／行動・心理症状）経過等，生活状況等

●身体合併症・身体機能障害，血液検査，神経画像検査，診断等

●要介護認定の状況（※該当に○をつける）

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

●現在の医療，介護等の社会支援サービス，その他

●今後の医療，必要とされる介護等の社会支援サービス，その他

本人・家族へ伝達事項

●診察結果（病状，身体合併症等）

●今後の生活上の留意点，その他

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

(別紙様式 33)

DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者:					コード
評価者:					0 = なし、正常
評価日:	年	月	日		1 = ごく軽度、不確実
評価時間:		～			2 = 軽度
					3 = 中等度
					4 = 重度

適当なもの 1 つに丸をつける。

1 歩行 Gait	0	1	2	3	4
小刻みな遅い歩き方。速度の低下, 歩幅の減少, 上肢の振れの減少, 前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。					
2 動作緩慢 Bradykinesia	0	1	2	3	4
動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ(仮面様顔貌)や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。					
3 流涎 Sialorrhea	0	1	2	3	4
唾液分泌過多。					
4 筋強剛 Muscle rigidity	0	1	2	3	4
上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象, ろう屈現象, 鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。					
5 振戦 Tremor	0	1	2	3	4
口部, 手指, 四肢, 軀幹に認められる反復的, 規則的(4 ~ 8 Hz)で, リズミカルな運動。					
6 アカシジア Akathisia	0	1	2	3	4
静座不能に対する自覚; 下肢のムズムズ感, ソワソワ感, 絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状(身体の揺り動かし, 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, 軀幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり, 持続的な異常ポジション, 舌の突出捻転, 斜頸, 後頸, 牙関緊急, 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, 軀幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞蹈病様運動, アテトーゼ様運動は含むが, 振戦は評価しない。					
9 概括重症度 Overall severity	0	1	2	3	4
錐体外路症状全体の重症度。					

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（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

印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿

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×薬価）	円
卸売販売業者から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	円
妥結率	%

廃止

〔記載〕

1 単

規格

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。

別紙36

抗不安薬

オキサゾラム
クロキサゾラム
クロラゼブ酸二カリウム
ジアゼパム
フルジアゼパム
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
ロフラゼブ酸エチル
タンドスピロンクエン酸塩
ヒドロキシジン塩酸塩
クロチアゼパム
ヒドロキシジnPアモ酸塩
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
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بران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

ネモナブリド

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
- アセナピンマレイン酸塩

別紙 36 の 2

抗精神病薬一般名	クロルプロマジン 100mg 相当量
クロルプロマジン塩酸塩	100 mg
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	100 mg
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩	10 mg
ペルフェナジン	10 mg
ペルフェナジンマレイン酸塩	10 mg
プロペリシアジン	20 mg
フルフェナジンマレイン酸塩	2 mg
プロクロルペラジンマレイン酸塩	15 mg
レボメプロマジンマレイン酸塩	100 mg
ピパンペロン塩酸塩	200 mg
オキシペルチン	80 mg
スピペロン	1 mg
スルピリド	200 mg
ハロペリドール	2 mg
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
クロカブラミン塩酸塩水和物	40 mg
スルトブリド塩酸塩	200 mg
モサプラミン塩酸塩	33 mg
ネモナブリド	4.5 mg
レセルピン	0.15 mg
リスペリドン	1 mg
クエチアピルフマル酸塩	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

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		
公認心理師	☐ 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、 公認心理師等			☐ 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(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 OSA II 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)

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※7 ☐ 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※7 ☐ 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	
公認心理師	☐ 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		
	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	
	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)

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。

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）

※ここでの向精神薬とは、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）

※ここでの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

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ $\textcircled{8} / \textcircled{2}$ が 10% 未満であるか、又は $\textcircled{8}$ が 20 名未満である場合、「1002」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。

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								
・身の辺の清潔保持・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								
・身の辺の安全保持・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 _____]	
(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：_____	

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)	

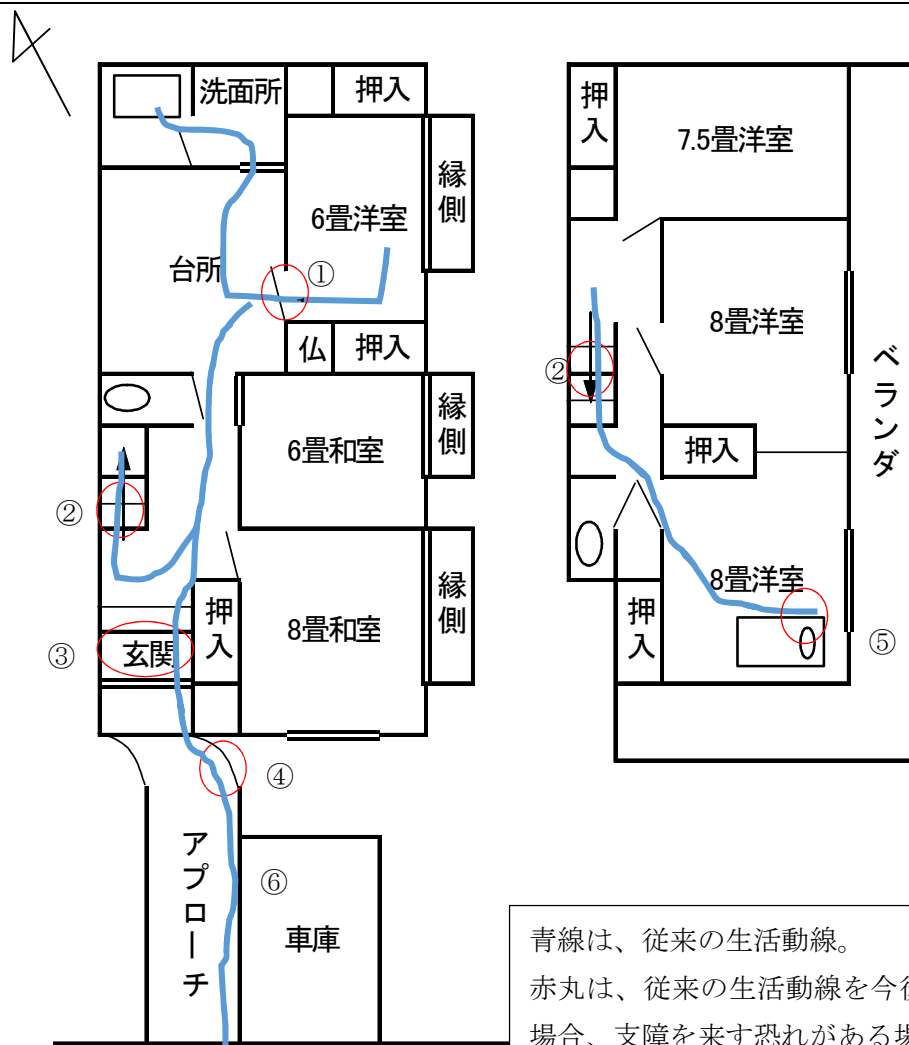
3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

■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



(自宅生活を実現するために検討すべき事項)

- ① 幅 80 CM、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 20 CM。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に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。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏 名 _____ 殿 男 女

明・大・昭・平 年 月 日 生 (歳)

計画作成日 _____

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	
	・皮膚の脆弱性(浮腫)			なし	あり	
	・皮膚の脆弱性(スキナーテアの保有、既往)			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>

※両括弧内は点数

褥瘡の状態の評価 (DESIGNER)	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能の場合							合計点	
	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 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、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) 潰瘍面も含めたポケット全周(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		

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

継続的な管理が必要な理由

計画

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

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

標本等の受取又は受信側

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

標本等の送付又は送信側

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

病理診断科使用欄:病理診断科ID

☐病理診断管理加算1 ☐病理診断管理加算2 ☐悪性腫瘍病理組織標本加算 ☐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

別紙様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数
等に係る報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	
直近の報告年月日	

1. 退棟患者数

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

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

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

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

3. リハビリテーション実績指数

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

4. 除外患者について（届出の前月までの6か月について以下を記入する。）

⑪ 届出の前月までの6ヶ月	()	()	()	()	()	()
---------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

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

※（ ）にはそれぞれ⑪の前月を記載	（ ）月までの ６か月	（ ）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
⑰ ６か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑱ ⑰のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
⑲ 高次脳機能障害患者の割合 （⑱÷⑰）	%	%	%	%	%	%

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

[記載上の注意]

1. ①については、毎年7月に報告する際には、前年10月、当該年1月、4月及び7月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で1月、4月、7月及び10月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。
2. ②はリハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限る。
3. 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。
4. ⑫は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
5. ⑮の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したのものに限る。
6. ⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は $\text{⑮} \div \text{⑭}$ 、「無」の場合は $\text{⑮} \div \text{⑫}$ とする。
7. ⑰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。
8. ⑬、⑱、⑲の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。
9. 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。

褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

部位（部位名）										1	2	3	4
1（ ） 2（ ） 3（ ） 4（ ）													
褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R)	深さ	(0) 皮膚損傷・発赤なし	(1) 持続する発赤	(2) 真皮までの損傷	(3) 皮下組織までの損傷	(4) 皮下組織を超える損傷	(5) 関節腔、体腔に至る損傷	(U) 深さ判定が不能の場合					
	滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない		(3) 中等量：1日1回の交換		(6) 多量：1日2回以上の交換						
	大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(0) 皮膚損傷なし	(3) 4未満	(6) 4以上16未満	(8) 16以上36未満	(9) 36以上64未満	(12) 64以上100未満	(15) 100以上					
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし	(1) 局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫瘍、熱感、疼痛）		(3) 局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）		(9) 全身的影響あり（発熱など）						
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 治癒あるいは創が浅い為評価不可能	(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) 潰瘍面も含めたポケット全周（ポケットの長径×長径に直交する最大径）－潰瘍面積	(0) なし	(6) 4未満	(9) 4以上16未満		(12) 16以上36未満		(24) 36以上					
DESIGN-Rの合計点（深さの点数は加えない）													

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

2 褥瘡の状態の変化

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

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

2 褥瘡の部位により合計点異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する説明書

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

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

連絡先 ▲▲医院

●●●—●●●—●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

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

「地域包括診療加算」 ・ 「認知症地域包括診療加算」
に関する同意書

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

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

(患者氏名)

「地域包括診療料」・「認知症地域包括診療料」に関する説明書

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

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

連絡先 ▲▲医院

●●●—●●●—●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

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

「地域包括診療料」 ・ 「認知症地域包括診療料」

に関する同意書

「地域包括診療料」 ・ 「認知症地域包括診療料」

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

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

(患者氏名)

職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

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

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

平成 年 月 日 (主治医署名) _____

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

(別紙様式 49 の 2)

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

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

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

平成 年 月 日 (主治医署名) _____

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

平成 年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（1）

患者氏名		
入退院日	入院日： 年 月 日	退院（予定）日： 年 月 日
生活等の状況	(清潔、排泄、睡眠、生活リズム等)	
	(服薬等の状況)	
	(家族、主な介護者等の状況)	
看護に関する情報	(看護上の問題等)	
	(看護の内容)	
	(具体的ケア方法における留意点、継続すべき看護等)	
その他		

(記入者氏名) _____
(照会先) _____

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患 者 氏 名		
入 退 院 日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報	栄養管理・ 栄養指導等 の経過											
		栄養管理上の 注意点と課題										
	栄養 評価	評価日	年 月 日		過去(週間)の体重変化		増加 ・ 変化なし ・ 減少: (kg %)					
		身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長		cm・ 不明	握力	kgf・ 不明
		身体所見	食欲低下	無 ・ 有 ・ 不明 ()			消化器症状	無 ・ 有 (嘔気・嘔吐・下痢・便秘) ・ 不明				
			味覚障害	無 ・ 有 ・ 不明 ()			褥 瘡	無 ・ 有 (部位等) ・ 不明				
			浮 腫	無 ・ 有 (胸水・腹水・下肢) ・ 不明			その他					
			嚥下障害	無 ・ 有			特記事項					
		咀嚼障害	無 ・ 有									
		検査・ その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL ・ 測定なし			その他						
		1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食 塩	水 分	その他		
		必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml			
	摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml				
	栄養補給法	経口 ・ 経腸 (経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈		食事回数: 回/日		朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ その他()						
	退院時 食事内容	食種	一般食 ・ 特別食() ・ その他()									
		食事形態	主 食 種 類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()					量		
				昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()						g/食	
				夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()						g/食	
			副 食 形 態	常菜・軟菜・その他() ※)自由記載:例 ペースト								
		嚥 下 調 整 食	不要 ・ 必要		コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4							
とろみ調整 食品の使用		無 ・ 有	種 類 (製品名)		使用量(gまたは包)		とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い					
その他影響する問題点		無 ・ 有 ()										
禁止食品	食 物 ア レ ル ギ ー	無 ・ 有	乳・乳製品 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生 ・ えび ・ かに ・ 青魚 ・ 大豆 その他・詳細()									
	禁 止 食 品 (治療、服薬、宗教上 などによる事項)											
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補 給 量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他			
		経 口 (食 事)	kcal	g	g	g	g	ml				
		経 腸	kcal	g	g	g	g	ml				
		静 脈	kcal	g	g	g	g	ml				
		経 口 飲 水						ml				
		合 計	kcal	g	g	g	g	ml				
		(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml				
	経腸栄養 詳細	種 類										
		量	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml				
		投 与 経 路	経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ その他()									
		投 与 速 度	ml/h		ml/h		ml/h					
		追 加 水 分	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml				
静脈栄養 詳細	種 類 ・ 量											
	投 与 経 路	末梢 ・ 中心静脈										
備考												

(記入者氏名)

(照会先)

- 【記入上の注意】
- 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
 - 地域連携診療計画に添付すること。

別添様式

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
の施設基準に係る届出書添付書類

1 下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
2 緊急事態に対応するための体制 有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
- ・ 下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤医師
 - ・ 所定の研修を修了している下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤医師
- また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、下部尿路機能障害の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。