

(別紙様式 1)

## 退 院 証 明 書

保険医療機関名称  
住所  
電話番号  
主治医氏名

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

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

- ・ 入院年月日 年 月 日
- ・ 退院年月日 年 月 日

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

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

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

- ・ 日 ( 年 月 日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

- ・ 傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける。)

- ・ 治癒
- ・ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。)
- ・ その他

6. その他の特記事項



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"/> 栄養食事管理 <input type="checkbox"/> その他			
備考			
説明日			
		年	月 日
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師		(緩和ケア担当管理栄養士)	



### 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 (                      )
--	---

説明日      年      月      日

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

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

# 児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

患者氏名	(男・女)	生年月日	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	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	公認心理師	その他

### Ⅲ. 治療計画

(患者氏名 )

推定される入院期間 ( 週間/月 )  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
選任された退院後生活環境相談員の氏名	
退院後の目標 : <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	

### Ⅳ. 家族へのアプローチ

面接 : <input type="checkbox"/> 家族面接 :      回/週・月 ( <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) ) <input type="checkbox"/> 本人との同席面接 :                      回/週・月 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 (                      )
--	---

説明日                      年                      月                      日

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

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

# 栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

患者氏名	患者ID	性：男・女	年齢	歳	入院日	年 月 日
病棟	主治医	NST患者担当者			初回回診日	年 月 日
NST回診実施者名	医師	看護師	薬剤師		管理栄養士	
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士	臨床検査技師	PT・OT・ST MSWほか		NST専従者氏名	
現疾患		褥瘡	なしあり( )	嚥下障害	なしあり( )	前回回診日 年 月 日
その他の合併疾患※1		感染症	なしあり( )	社会的問題点	なしあり( )	回診日 年 月 日
身長	cm	現体重	浮腫 有口 無口	BMI:	標準体重 (BMI=22)	kg
栄養評価	主観的栄養評価	アルブミン (g/dL)	リンパ球数 (/mm <sup>3</sup> )	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)
	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
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
【GLIM基準による評価 (口非対応)※2】 判定: <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(口 中等度低栄養、口 重度低栄養)						
該当項目: 表現型 (口 体重減少、口 低BMI、口 筋肉量減少) 病因 (口 食事摂取量減少/消化吸収能低下、口 疾病負荷/炎症)						
<b>栄養管理法</b>						
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"/> 嚥下調整食 学会分類コード: ( ) <input type="checkbox"/> 濃厚流動食・経腸栄養剤	経腸栄養※3	<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 ( ) → ( )			
<b>投与組成・投与量 (該当無しの場合口にチェックを入れること)</b>						
	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※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
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
投与バランス※5	<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
栄養管理上の注意点・特徴※6						
<b>活動状況・評価</b>						
他チームとの連携状況	摂食嚥下支援チーム (あり なし)	褥瘡対策チーム (あり なし)	感染制御チーム (あり なし)	緩和ケアチーム (あり なし)	その他のチーム (チーム)	
治療法の総合評価※7	【評価項目】※8 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※9 【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: GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。  
 ※3: 投与速度と形状(半固形成の有無など)を含めて記載すること。  
 ※4: 初回時には記載を要しない。  
 ※5: 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。  
 ※6: 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。  
 ※7: 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。  
 ※8: 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。  
 ※9: 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」の場合にあつては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。

(別紙様式6)

# 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

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

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

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

説明・交付日： 年 月 日

\_\_\_\_\_  
(病棟の退院支援担当者)

\_\_\_\_\_  
(入退院支援部門の担当者)

## 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

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

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

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

説明・交付日： 年 月 日







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。

### 退院支援計画書

氏名： \_\_\_\_\_ 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 ( 歳)

主治医： \_\_\_\_\_ 看護師： \_\_\_\_\_ 精神保健福祉士： \_\_\_\_\_

**参加者**

- 本人  家族  主治医  看護師・保健師  精神保健福祉士  薬剤師  作業療法士  公認心理師
- 訪問看護ステーション  行政機関  障害福祉サービス等事業者  介護サービス事業所
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

病 名	
今回の入院年月日	

**退院後の生活に関する本人の希望**

**家族その他の支援者の意見**

--	--

**支援ニーズ／課題への対応**

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

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること  
 (※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

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

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

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

(別紙様式 7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書  
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

年 月 日

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

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

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) \_\_\_\_\_

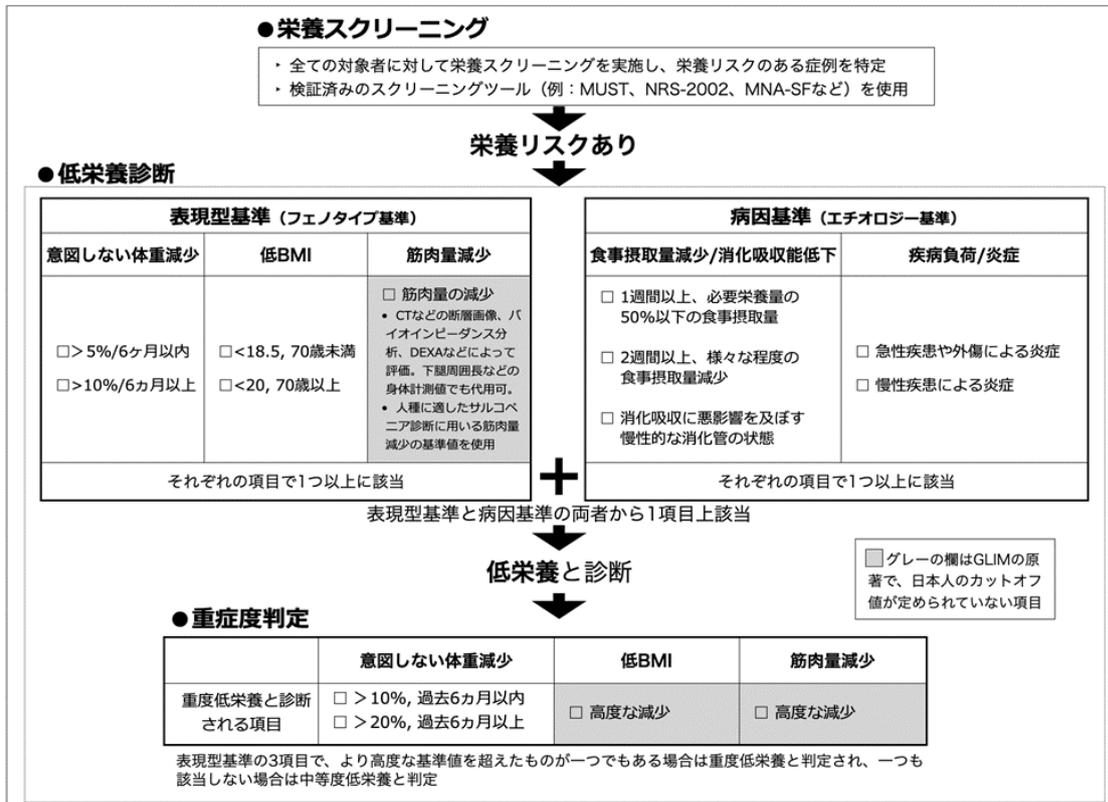
別紙様式 7 の 2

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料及び  
地域包括ケア病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算に係る評価書

バーセルインデックス (Barthel Index)

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

栄養状態 ※ 栄養状態の評価は、GLIM基準を用いて行う。



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

口腔状態

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

## せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

入院日 : 令和 年 月 日

リスク因子確認日 : 令和 年 月 日

せん妄対策実施日 : 令和 年 月 日

### 1. せん妄のリスク因子の確認

(該当するものにチェック)

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



### 2. ハイリスク患者に対するせん妄対策

(リスク因子に 1 項目以上該当する場合は、以下の対応を実施)

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



### 3. 早期発見

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

※ 1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後 3 日以内に行う。

※ 2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

別紙様式 7 の 4

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料及び  
地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算に係る計画書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

評価日            年            月            日

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

担当者氏名

担当医	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士

(別紙様式8)

短期滞在手術等同意書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

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

(主治医氏名) \_\_\_\_\_

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等を受けることに同意します。

(患者署名) \_\_\_\_\_

生活習慣病 療養計画書

(記入日: 年 月 日) 初回 継続

患者氏名:	(男・女)
生年月日	年 月 日生( 歳)

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

【目標】	<input type="checkbox"/> 体重:( kg) <input type="checkbox"/> BMI:( ) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg)
	<input type="checkbox"/> HbA1c:( %)
	【①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 ( )

【目標の達成状況】(継続の場合のみ) ( )
---------------------------

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事 <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
	<input type="checkbox"/> 運動 <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( )
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	<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( )

【検査】	【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 血糖( <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後( )時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)
	<input type="checkbox"/> HbA1c: ( %) <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)
	※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )

【その他】
<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
<input type="checkbox"/> その他 ( )

※実施項目は、にチェック、( )内には具体的に記入

医師氏名
------

## 「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 ○○○○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 1 1)

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	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
-----

記載上の注意

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。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況

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

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	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
----

記載上の注意

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。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式12)

診療情報提供書

情報提供先市町村

市町村長 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名		性別	男	・	女
患者住所					
電話番号					
生年月日	年	月	日	( 歳)	職業

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

その他の傷病名	
---------	--

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

A 準寝たきり 屋内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

記載上の注意

1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 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。
3. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式12の2)

診療情報提供書

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  
医師署名(又は記名押印)

患児の氏名	男・女	年 月 日生
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
父母の氏名	父: ( )歳 職業( )	母: ( )歳 職業( )
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日
出生時の状況	出生場所: 当院・他院 ( ) 在胎:( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子 体重:( )g 身長:( )cm 出生時の特記事項: 無・有( ) 妊娠中の異常の有無: 無・有( ) 妊婦健診の受診有無: 無・有( 回: )	家族構成     育児への支援者:無・有( )
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他( )
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他( )
日常的世話の状況	・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。
3. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式12の3)

診療情報提供書

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  
医師署名(又は記名押印)

患者の氏名	男・女	年 月 日生 ( )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	年 月 日生まれ	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方	電話番号	(自宅・実家・その他)
入退院日	入院日 : 年 月 日	退院(予定)日 :	年 月 日
今回の 出産時の 状況	出産場所 : 当院・他院 ( ) 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。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

年 月 日

情報提供先事業所  
担当 殿



医療機関の所在地及び名称  
電話番号  
FAX番号  
医師氏名 印

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

1. 患者の病状、経過等

(1) 診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日	
1	発症年月日（西暦 年 月 日頃）
2	発症年月日（西暦 年 月 日頃）
3	発症年月日（西暦 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容	
(3) 病状等の説明内容と患者の希望	
(4) 日常生活の自立度等について	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(5) 栄養・口腔に関する情報	
<input type="checkbox"/> 下記参照 <input type="checkbox"/> 別紙様式50等参照	
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総 )
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
在宅生活における留意点:	
(6) 服薬に関する情報	
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 一包化の必要性: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容: ) <input type="checkbox"/> 全介助
退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (退院日含め 日分) 服薬アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
在宅生活における留意点:	
(7) 療養上の工夫点 (医療上の留意点、安全の配慮等)	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
→工夫点 (例: ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等):	
(8) 入院期間	
入院日:	年 月 日 退院日: 年 月 日

## 2. 退院後のサービスの必要性

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

## 3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

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

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

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

## 5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

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

(1)意向の話し合い： <input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外）
--

※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2)本人・家族の意向： <input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照（入院中に記載した書類等：
(3)話し合いの参加者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（
(4)医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容
(5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

(別紙様式12の5)

栄養情報提供書

記入日 年 月 日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	( )歳	
身長	cm (測定日 年 月 日)	□計測不能		BMI	kg/m <sup>2</sup> □算出不能	
体重	kg (測定日 年 月 日)					
体重変化	変化なし・過去( )週間・カ月 / 増加・減少			変化量	kg	
栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)						
【GLIM基準による評価 (□非対応)※1】 判定: □低栄養非該当 □低栄養(□中等度低栄養、□重度低栄養) 該当項目: 表現型(□体重減少、□低BMI、□筋肉量減少) 病因(□食事摂取量減少/消化吸収能低下、□疾病負荷/炎症)						
栄養補給に関する事項						
必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g		
摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g		
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)					
	嚥下調整食の必要性	主食	□無 □有(学会分類コード※2)			( )
		副食	□無 □有(学会分類コード※2)			( )
		とろみ	□無 □有(学会分類コード※2)			( )
□無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):					
経管栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):				
	□胃瘻					
	□その他					
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):				
	□無	□中心				
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等						

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

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名: \_\_\_\_\_  
 担当管理栄養士名: \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ (FAX): \_\_\_\_\_

(別紙様式 13)

診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設・介護医療院

殿

医療機関名

住 所

電 話

( F A X . )

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 ( 歳 )

病名
----

現症
----

所見及び診断
--------

今後の診療に関する情報
-------------

[記載上の注意]

2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式14)

診療情報提供書

令和 年 月 日

情報提供先学校名 \_\_\_\_\_

学校医等 \_\_\_\_\_ 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師署名(又は記名押印)

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

\*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 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。
3. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

情報提供先保育所等名 \_\_\_\_\_ 殿  
嘱託医 \_\_\_\_\_

※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)  
保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー・アナフィラキシー)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月) \_\_\_\_\_ 組  
提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

緊急連絡先  
★保護者  
電話: \_\_\_\_\_  
★連絡医療機関  
医療機関名: \_\_\_\_\_  
電話: \_\_\_\_\_

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

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

- ・ 同意する
- ・ 同意しない

保護者氏名 \_\_\_\_\_

情報提供先学校名 \_\_\_\_\_

学校医等 \_\_\_\_\_ 殿

### 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

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

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

保護者氏名 \_\_\_\_\_

# 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )  
点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名	生年月日		年	月	日	( 歳 )						
患者住所	電話 ( ) -											
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)									
傷病名コード												
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態											
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.									
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2		
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 分類		D 3	D 4	D 5	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												
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 )												
2. 褥瘡の処置等												
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理												
4. その他												
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)												
緊急時の連絡先 不在時の対応												
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)												
他の訪問看護ステーションへの指示 ( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 )												
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( 無 有 : 訪問介護事業所名 )												

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX.)  
医師署名 (又は記名押印)

事業所

殿

(別紙様式 17)

## 精神科訪問看護指示書

指示期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	年	月	日
			( 歳)			
患者住所	電話 ( ) -		施設名			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
傷病名コード						
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状況					
	投与中の薬剤 の用量・用法					
	病名告知	あり ・ なし				
	治療の受け入れ					
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし				
		理由： 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ( )				
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし				
	複数回訪問の必要性	あり ・ なし				
日常生活自立度	認知症の状況 ( I IIa IIb IIIa IIIb IV M )					
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項						
1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 (家族含む) 4 社会資源活用の支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他						
緊急時の連絡先 不在時の対応法						
主治医との情報交換の手段						
特記すべき留意事項						

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師署名 (又は記名押印)

指定訪問看護ステーション

殿

精神科特別訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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

患者氏名	生年月日	年	月	日		
( 歳 )						
病状・主訴：  一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：						
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい) (該当する項目に○をつけてください) <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; vertical-align: top;">複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由： 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ( )</td><td style="width: 50%; vertical-align: top;">短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由： ( )</td></tr></table>					複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由： 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ( )	短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由： ( )
複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由： 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ( )	短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由： ( )					
特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください) 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状 (観察が必要な事項： ) 4 身体症状 (観察が必要な事項： ) 5 その他 ( )						
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)						
緊急時の連絡先等						

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
電 話  
(FAX.)  
医師署名 (又は記名押印)

# 特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	年	月	日
( 歳)				
病状・主訴：  一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：				
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)				
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)				
緊急時の連絡先等				

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
電 話  
(FAX.)  
医師署名 (又は記名押印)

事業所

殿

# 神経学的検査チャート

年 月 日 時 分

患者氏名 \_\_\_\_\_  
 患者ID \_\_\_\_\_  
 患者性別 (男・女) 年齢 ( ) 歳 \_\_\_\_\_

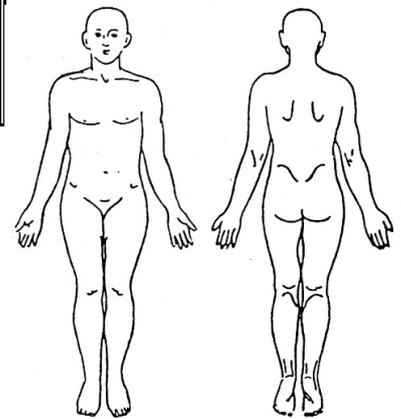
- 1) 意識・精神状態  
 a) 意識 : 清明、異常 ( )  
 \* Japan Coma Scale ( 1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300 )  
 \* Glasgow Coma Scale ( E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total )  
 b) 検査への協力 : 協力的、非協力的  
 c) けいれん : なし、あり ( )  
 d) 見当識 : 正常、障害 ( 時間、場所、人 )  
 e) 記憶 : 正常、障害 ( )  
 f) 数字の逆唱 : 286、3529  
 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 ( )、嚙声、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		
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) 筋トーンス 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						右	左		
頸部屈曲	C1~6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	上肢パレー	(-) (+)	(-) (+)
伸展	C1~T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	(下肢パレー)	(-) (+)	(-) (+)
三角筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	Mingazzini	(-) (+)	(-) (+)
上腕二頭筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	握力	kg	kg
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			

筋萎縮・感覚



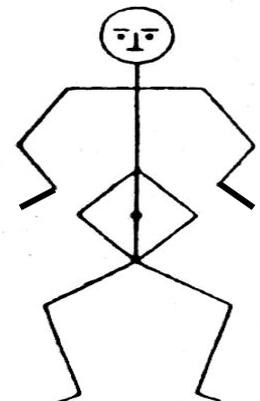
- 6) 感覚系
- a) 触覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - b) 痛覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - c) 温度覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - d) 振動覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - e) 位置覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - f) 異常感覚・神経痛 (-) (+) : 部位 ( )

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			(膝クロース)	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
下			足クロース	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)

8) 協調運動

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



- 9) 髄膜刺激徴候 項部硬直 (-) (+)、ケルニツヒ徴候 (-) (+)
- 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氏名

---

(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）
- VI 口角（対称，非対称） 閉眼（正常，異常）
- VII 聴力（正常，異常） 視運動性眼振（-/+） 回轉誘発眼振（-/+）
- VIII IX, X 嚥下障害（-/+） 咽頭反射（-/+） 軟口蓋（対称，非対称）
- 嘔声（-/+） 鼻声（-/+）
- XI 胸鎖乳突筋（右： 左： ） 僧帽筋（右： 左： ）
- XII 舌運動（正常，異常） 舌萎縮（-/+）
- 線維束性攣縮（-/+）

8 感覚・痛覚 正常，障害（部位 ）

9 筋力 年長児はMMT(0~5)、乳幼児はADLでの評価で代替可

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

- 10 筋肉量
- 筋萎縮（-/+）（部位： ）
- 肥大/仮性肥大（-/+）（部位： ）

- 11 筋緊張
- 硬さ 正常 亢進 低下（部位： ）
- 被動性 正常 亢進 低下（部位： ）
- 伸展性 Double folding（-/+） 逆U姿勢（-/+）
- Slip through sign（-/+）
- スカーフ徴候（-/+） 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
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 (     ×     cm、陥凹、平坦、膨隆)

項部硬直 ( - / + )

ケルニツヒ徴候 ( - / + )

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氏名

---

血漿成分製剤輸注同意書

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。

(患者署名)

(家族等署名)

(患者との続柄： )

※患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

※リハビリテーション総合実施計画書として使用する場合はリハビリテーション総合実施計画書の面も記載すること。

患者氏名, 性別, 年齢, 発症日, 手術日及びリハビリテーション開始日, 治療内容, 併存疾患・合併症, 安静度・リスク, 禁忌・特記事項

心身機能・構造（※該当する項目のみ記載すること。客観的評価も記載すること。）

意識障害 (JCS・GCS), 呼吸機能障害, 循環障害, 危険因子, 高血圧症, 肥満, 狭心症, 摂食嚥下障害, 栄養障害, 排泄機能障害, 褥瘡, 疼痛, その他, 関節可動域制限, 拘縮・変形, 筋力低下, 運動機能障害, 筋緊張異常, 感覚機能障害, 音声・発話障害, 高次脳機能障害, 精神行動障害, 見当識障害, 記憶障害, 発達障害, 認知症

基本動作

寝返り, 起き上がり, 立ち上がり, 座位保持, 立位保持, その他

日常生活活動（動作）（実行状況）（※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載すること。）

使用用具及び介助内容等

Table with columns: 項目, FIM, 開始時→現在, BI. Rows include Self-care (食事, 整容, 清拭・入浴, 更衣), 排泄, 移乗, 移動, 認知, and 合計.

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は必ず記入すること。）

基礎情報, 栄養補給方法, 嚥下調整食の必要性, 栄養状態の評価, 必要栄養量, 総摂取栄養量, 口腔

義歯の使用, 歯の汚れ, 歯肉の腫れ・出血, 左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる

社会保障サービスの申請状況（※該当する場合は記載すること。）

要介護状態区分等, 申請が必要な可能性, 要支援状態区分, 身体障害者手帳, 精神障害者保健福祉手帳, 療育手帳・愛護手帳, その他

目標（今後1ヶ月以内）, 目標（当院退院時又は終了時）, 理学療法, 作業療法, 言語聴覚療法

作成医療機関及び担当者（いずれも記名で差し支えない。医師以外の職種については、リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書を作成する場合、作成に関わったものについて記名すること。）

医療機関名称（連絡先等）

リハビリテーション科医

主治医

理学療法士

作業療法士

言語聴覚士

看護師

社会福祉士

管理栄養士

リハビリテーション総合実施計画書

※ リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合はこの面も作成すること。以下、回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を合わせて「回復期リハビリテーション病棟入院料等」という。

これまでのリハビリテーション実施歴・実施状況、障害の受容及び本人・家族の希望等の状況 (※ リハビリテーション開始時はリハビリテーション実施歴は記載不要。簡潔に記載すること。)

参加(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

参加・活動等の目標に向けた具体的なアプローチ

居住場所  
 ー  自宅  戸建  マンション  施設  その他 ( )

復職  
 ー  現職復帰  配置転換  転職  不可  その他 ( )

ー  通勤方法の変更

就学・復学・進学  
 ー  可能  就学に要配慮  転職  不可  その他 ( )

ー  療育・通学先 ( )  通学方法の変更 ( )

家庭内役割 ( )

社会活動 ( )

趣味 ( )

活動(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など)  
 ー  自立  介助  非実施  
 ー  装具・杖等  環境設定 ( )

屋内移動  
 ー  自立  介助  非実施  
 ー  装具・杖・車椅子等 ( )

屋外移動  
 ー  自立  介助  非実施  
 ー  装具・杖・車椅子等

自動車運転  
 ー  自立  介助  非実施  
 ー  改造 ( )

公共交通機関利用  
 ー  自立  介助  非実施  
 ー  種類 ( )

排泄(移乗以外)  
 ー  自立  介助 (  下衣操作  拭き動作  カテテル )  
 ー  種類 (  洋式  和式  その他 ( ) )

食事  
 ー  自立  介助  非実施  
 ー  箸  フォーク等  胃ろうまたは経管  
 ー  食形態 ( )

整容  
 ー  自立  介助

更衣  
 ー  自立  介助

入浴  自立  介助  
 ー  浴槽  シャワー  
 ー  洗体介助  移乗介助

家事  
 ー  全て実施  非実施  一部実施 ( )

書字  
 ー  自立  利き手交換後自立  その他 ( )

PC・スマートフォン・ICT  
 ー  自立  介助

コミュニケーション  
 ー  自立  介助  
 ー  コミュニケーション機器  文字盤  他者からの協力

同居家族・介助者等の情報(※ 必要な場合は記載すること。)

住環境(※ 福祉用具の導入や住宅改修等のために必要な場合は記載すること。)

以下は回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している場合に必要に応じて記載すること。  
 ・退院前訪問指導の必要性 ( )  
 ・外出・外泊等の計画 ( )

運動量増加機器加算を算定する(※ 加算の算定を行う場合はチェックを入れ、以下を必ず記載すること。)

適応疾患 ( )  
 適応箇所  上肢  下肢  
 発症年月日 ( 年 月 日 )  
 運動障害に関する所見

使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定

嚥下状態等(※ 摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は必ず記載すること。その他嚥下状態に問題がある場合も記載することが望ましい。)

経口摂取状態 Functional Oral Intake Scale (FOIS)

1  2  3  4  5  6  7

自宅等での食事の留意点

評価内容、指導内容及び摂食嚥下支援計画等

本人・家族への指導内容(自主トレ含む)、病棟生活における訓練のポイント等

介護保険サービス又は障害福祉サービスとの連携(※ 介護保険のリハビリテーション又は障害福祉サービスの生活介護等の利用が予定されている場合は記載すること。)

介護保険のリハビリテーションサービスの紹介の必要性  障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)等の紹介の必要性  
 (利用予定又は情報提供を行った事業所名、引継内容として特記すべきこと等)

退院後の生活の留意点、退院後のリハビリテーションの必要性(※回復期リハビリテーション病棟入院料等及びリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は可能な限り記載すること。)

その他、リハビリテーションの計画に関連する事項(自由記載欄)(※ 必要に応じてリハビリテーションを実施する上で必要な項目を記載すること。)

(必要に応じて、本欄に、排尿自立支援加算における包括的排尿ケア計画や摂食嚥下機能回復体制加算における摂食嚥下支援計画を記載して差し支えない。)

(別紙様式22)

廃用症候群に係る評価表

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

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

[記載上の注意]

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

疾病コードと疾病分類の対応表

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

(別紙様式24)

(精神科)退院療養計画書

(患者氏名)

殿

年 月 日

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

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)

---

## 酸素の購入価格に関する届出書 ( 年度)

項目	記入欄
<b>1 酸素の購入実績</b>	
実績期間 開始年月 (和暦で記載すること)	年 月
終了年月 (和暦で記載すること)	年 月
・ 定置式液化酸素貯槽 (CE)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
・ 可搬式液化酸素容器 (LGC)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
・ 大型ポンベ (3,000L超)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
・ 小型ポンベ (3,000L以下)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
<b>2 その他</b>	
・ 購入業者 1	
業者名	
種類 (液化酸素、ポンベ)	
・ 購入業者 2	
業者名	
種類 (液化酸素、ポンベ)	
・ 購入業者 3	
業者名	
種類 (液化酸素、ポンベ)	
<b>3 届出情報</b>	
届出年月日	年 月 日
届出医療機関	
医療機関コード	
所在地	
名称	
開設者	

## [記載上の注意]

- 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。なお、前年1年間において酸素の購入実績がない場合は、当該診療月前の酸素の購入実績について記載すること。
- 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。
- 記載内容を証明する資料を適切に保管していること。

(別紙様式26)

輸血同意書

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。

（患者署名）

（家族等署名）

（患者との続柄： ）

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長 殿

診療年月 年 月

患者名	男・女	入院日	年 月 日
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳	退院日 (既に退院している場合)	年 月 日
入院の契機となった傷病名	( ) ( ) ( )	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア 脳卒中の後遺症 イ 認知症 ウ その他 ( )
入院前の状況 (当てはまるもの全てに○をつける)	一人暮らし・同居家族あり(両親・配偶者・子・その他)・施設等 同居していないが家族あり・その他( )		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア 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)

(別紙様式28)

初診料及び外来診療料の注2、注3に掲げる報告書

報告年月日： 年 月 日

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

[記載上の注意]

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

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日 年 月 日

(ふりがな)		性別	ID:
氏名		(男・女)	
生年月日 年 月 日( 歳)		病棟:	
診断(身体疾患)	1)	2)	
診断(精神疾患)	1)	2)	
実施要件	<input type="checkbox"/> 認知症又はせん妄		
	<input type="checkbox"/> それ以外		

<現症>		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
睡眠障害	自殺念慮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
問題行動	徘徊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
意識障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
認知機能障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
その他(具体的に) ( )		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症

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

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

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

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

### 精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日

年 月 日

(ふりがな)		性別		ID:	
氏名		(男・女)		病棟:	
生年月日		年 月 日( 歳)			
診断(身体疾患)	1)			2)	
診断(精神疾患)	1)			2)	
実施要件	<input type="checkbox"/> 認知症又はせん妄				
	<input type="checkbox"/> それ以外				
<現症>			【重症度】		
精神症状	不安・焦燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	自殺念慮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
睡眠障害	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
問題行動	徘徊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
意識障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
認知機能障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
その他(具体的に)	( )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症

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

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

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

治療目標	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつ改善			
	<input type="checkbox"/> 自殺念慮の消失			
	<input type="checkbox"/> 精神疾患の治療継続、軽快			
	<input type="checkbox"/> その他( )			
治療計画 (I)	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 作業療法	<input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーク <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬
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	
作業療法士			薬剤師	
公認心理師			( )	
次回の再評価予定日			年 月 日	
本人・家族への説明日			年 月 日	

(別紙様式 30)

病棟薬剤業務日誌

年 月 日

病棟名： \_\_\_\_\_

病棟専任の薬剤師名： \_\_\_\_\_

1 この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間

時間
----

2 業務時間・業務内容・実施薬剤師名

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

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

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

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

3 その他

--

(別紙様式 31)

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

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

2 精神科デイ・ケア等の平均実施期間

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

[記載上の注意点]

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

(別紙様式32)

## 認知症療養計画書

説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

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

### I. 症状

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

### II. 家族又は介護者による介護の状況

--

### III. 治療計画

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

### IV. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

--

### V. 緊急時の対応方法・連絡先

--

### VI. 特記事項

--

担当医氏名

# 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

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

- ※ 1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。
- ※ 2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

機関名  
住所  
電話  
(FAX)  
医師署名 (又は記名押印)

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

## 別紙36

### 抗不安薬

オキサゾラム  
クロキサゾラム  
クロラゼブ酸二カリウム  
ジアゼパム  
フルジアゼパム  
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  
ヒドロキシジンプアモ酸塩  
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  
レンボレキサント  
メラトニン

#### 抗うつ薬

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

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

抗精神病薬(○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)

<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩  
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩  
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩  
ペルフェナジン  
ペルフェナジンマレイン酸塩  
プロペリシアジン  
フルフェナジンマレイン酸塩  
プロクロルペラジンマレイン酸塩  
レボメプロマジンマレイン酸塩  
ピパンペロン塩酸塩  
オキシペルチン  
スピペロン  
スルピリド  
ハロペリドール  
ピモジド  
ゾテピン  
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
- ブレクスピプラゾール
- ルラシドン塩酸塩

## 別紙 36 の 2

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

## 退院支援委員会会議記録

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

委員会開催日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

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

(担当医氏名)

(記録者氏名)

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」処方箋料、「I002」  
通院・在宅精神療法、「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精  
神薬多剤投与に係る部分)

区 分	氏 名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

[記載上の注意]

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

### 向精神薬多剤投与に係る報告書

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

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

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

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
		うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②	
		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、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
		向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤				
		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

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

※ ⑧/②が10%未満であるか、又は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。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

フリガナ 氏名	生年 月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
<b>(1) 病名</b> 主たる精神障害: _____ 従たる精神障害: _____ 身体合併症: _____				
<b>(2) 直近の入院状況</b> ・直近の入院日: 年 月 日・退院日: 年 月 日・入院期間: 年 月 日 ・入院形態: <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 措置(緊急措置含) <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療観察法・退院時 GAF ( ) ・通院困難な理由 ( )				
<b>(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)</b>				
本人				
医療者				
<b>(4) 処方内容</b>				
<b>(5) 生活能力の状態</b> 1. 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入所(施設名: ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・トイレの使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の清潔保持・規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・金銭管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・買物 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・服薬管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・対人関係 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 4. 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準 ・該当するコア項目: _____ ・導入基準の点数: _____点(該当する項目: _____)				
<b>(6) 各種サービス利用状況(支援計画策定時点)</b> ・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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<b>(7) 再発予防・健康維持のための目標(1ヶ月後)</b> <input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 日常生活の管理 <input type="checkbox"/> 趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> 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】 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: \_\_\_\_\_  
電 話 番 号: \_\_\_\_\_

**緊急時電話番号:** \_\_\_\_\_

## 別紙様式 41 の 2

## 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準

評価日	患者氏名	評価者
年 月 日		(職種)
		(氏名)

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

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

※精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ及び「2」のイの対象患者：

コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者

## 入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

## 1. 基本情報

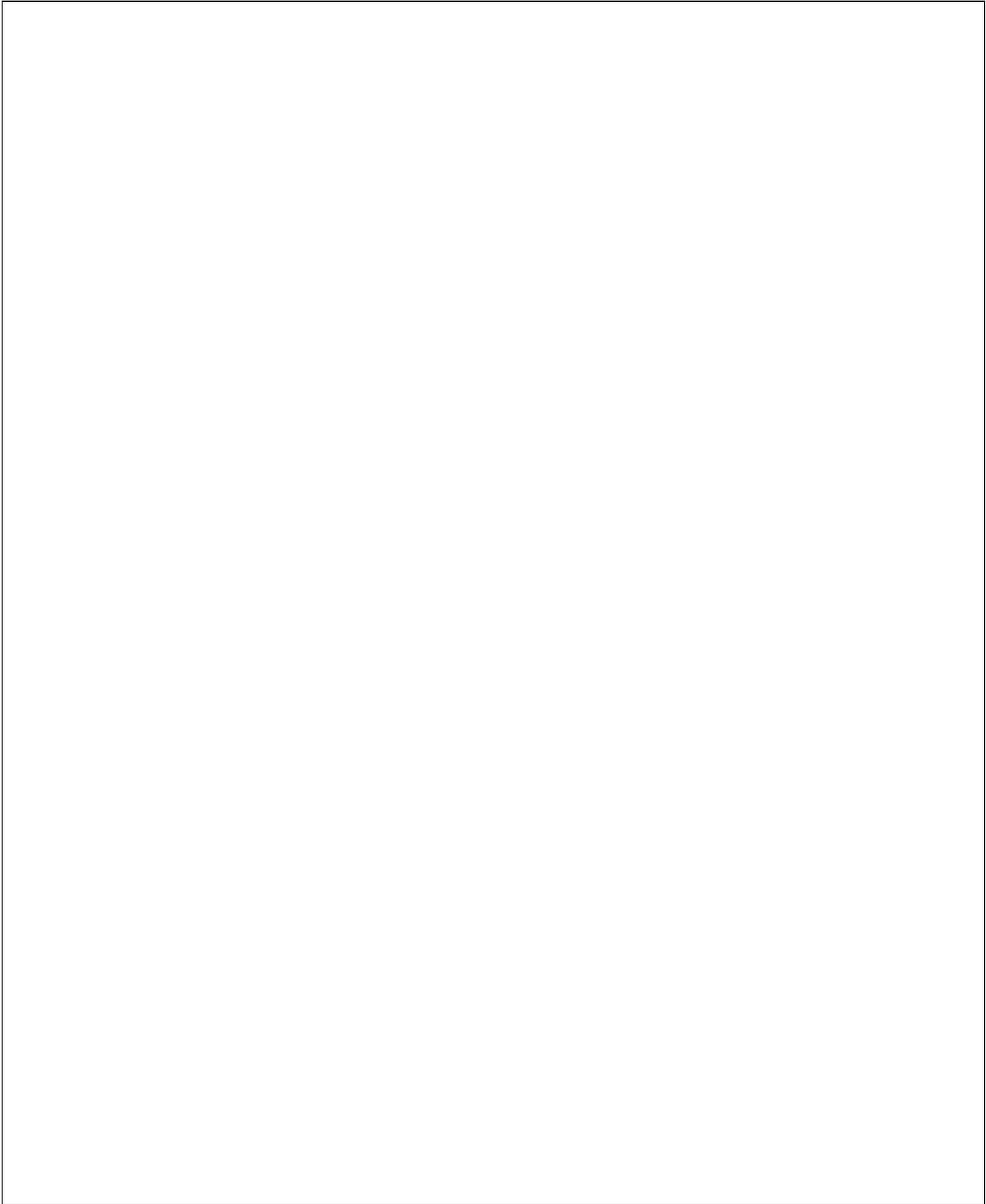
患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種 ・氏名	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	

## 2. 情報収集及び評価

患者の病状や 障害像	<input type="checkbox"/> 退院時 ADL 予後: 主な移動方法( ) → 自立・要介助・全介助 <input type="checkbox"/> 認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する 住環境の状況	<input type="checkbox"/> 主な居室( ) と主たる移動場所( ) <input type="checkbox"/> 室内の段差: 無・有り(場所 ) <input type="checkbox"/> 手すり: 無・あり(場所 ) <input type="checkbox"/> 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)	

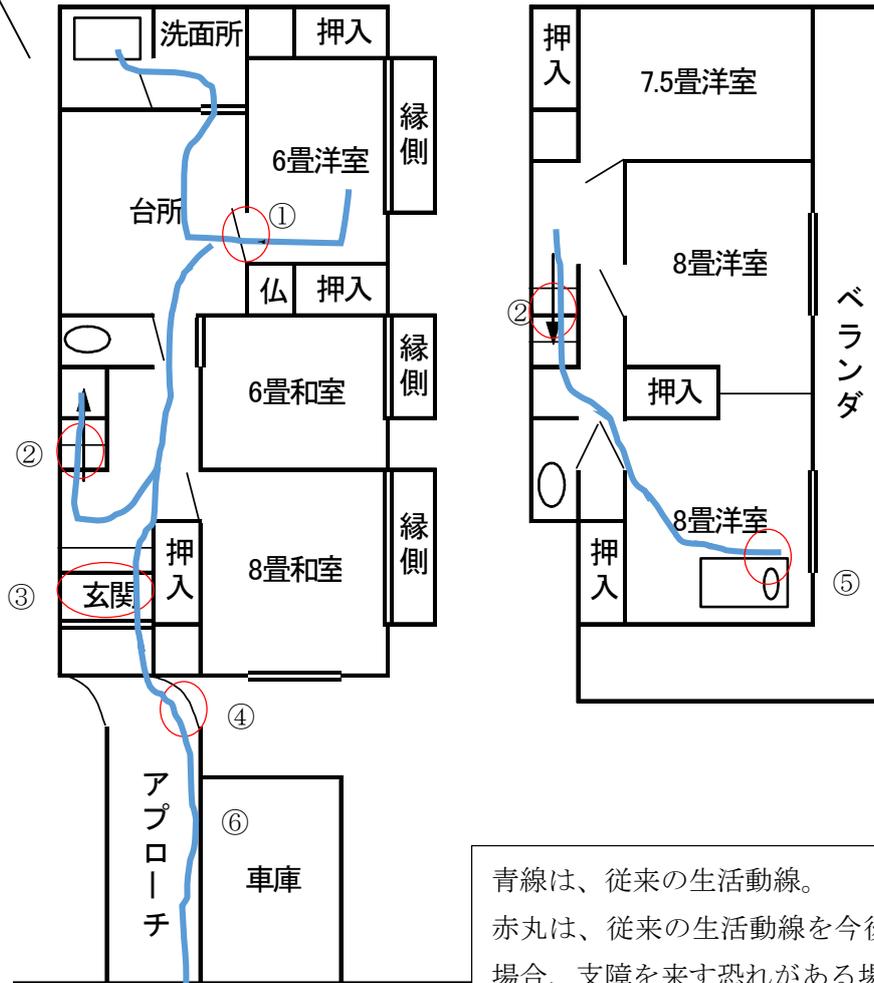
## 3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付(作成、添付することが望ましい)

 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

計画作成日 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)				できる		できない
					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		

両括弧内は点数 (※1)

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR2020)	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)					
	滲出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)中等量:1日1回の交換	(6)多量:1日2回以上の交換		
	大きさ(cm <sup>2</sup> ) 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、腫脹、熱感、疼痛)	(3C) (※3) 臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)	(3) (※3)局所の明らかな感染徴候あり(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)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(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 <sup>2</sup> ) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上	

合計点

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

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

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

継続的な管理が必要な理由

計画

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

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

評価

説明日 年 月 日

在宅褥瘡対策チーム構成員の氏名

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。

## 別紙様式44

## 保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

## 標本等の受取又は受信側

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

## 標本等の送付又は送信側

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

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること

※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

### 褥瘡対策に関する評価

#### 1 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

両括弧内は点数 (※1)

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

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

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

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

#### 2 褥瘡の状態の変化

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

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

2 褥瘡の部位により合計点異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

(別紙様式 47)

## 「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」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。

(別紙様式 4 7)

## 「地域包括診療加算」に関する同意書

「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」「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。

(患者署名)

---

(別紙様式 48)

## 「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」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。

(別紙様式 48)

## 「地域包括診療料」に関する同意書

「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」「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。

(患者署名)

---

(別紙様式 49)

## 職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

復職に関する 意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (休業: ~ 年 月 日)
	意見
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。
治療に対する 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。 令和 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。

令和 年 月 日 (主治医署名) \_\_\_\_\_

住所

電話番号

※1 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。

※2 職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

(別紙様式 49 の 2)

## 治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

病名	
現在の症状	(通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等))
退院後/治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可(療養の継続が望ましい)
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。
治療に対する配慮事項	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。 令和 年 月 日 (本人署名) _____
---------------------------------------

上記のとおり、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 (主治医署名) \_\_\_\_\_

住所

電話番号

※1 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。

※2 職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

## 両立支援カード

(別紙様式 49 の 3)

### 〈Ⅰ. 本人記載欄〉

氏名	生年月日		
住所			
職務内容 (有期雇用の場合は雇用契約期間も併せてご記入ください)			
勤務時間	時 分～ 時 分 (休憩 時間。週 日間。)		
1 上記職務内容に含まれる作業 (右記(1)～(3)について該当する作業に○を記してください)	(1) 身体上の負荷がある作業	① 立位作業 ②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業 ③ 暑熱/寒冷/屋外作業 ④ 振動工具の取扱作業 ⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業 ⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	
	(2) 事故の可能性が高まる作業	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	
	(3) 心身の負担が高いと感じられる作業	① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他 ( )	
	(1)～(3)の作業について、特に医師意見を求める作業内容およびその理由	( )	
2 利用可能な社内制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 半日単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 勤務日数短縮(週 日勤務) <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他( )		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務なし) <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務あり) <input type="checkbox"/> その他 ※例：自発的な離席が困難な勤務形態等 ( )		
通勤方法 (該当すべてに✓し通勤時間をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 通勤なし(在宅勤務) <input type="checkbox"/> その他( ) 通勤時間 片道 分		
年次有給休暇日数	残 日間		

### 〈Ⅱ. 医師記載欄〉

氏名	生年月日			
住所				
診断名				
現在の症状				
今後の治療内容				
通院頻度				
就労に関する意見	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 下記ア～ウの条件付き可( 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 現時点で不可			
ア 病勢の悪化や労働災害など事故に巻き込まれることを防ぐために配慮が必要な事項(本人記載欄1の作業に対応する配慮事項)	(1) 身体上の負荷がある作業			
	① 立位作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 立位の時間の制限 <input type="checkbox"/> 椅子等の準備	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 負荷の削減	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	③ 暑熱/寒冷/屋外作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 空調機器の利用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	④ 振動工具の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 振動の少ない工具の利用 <input type="checkbox"/> 作業時間の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 保護具の着用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 作業強度の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(2) 事故の可能性が高まる作業			
	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 当人や他者への危害を防止する安全装置等 <input type="checkbox"/> 当人の安全を確認できる配置等	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(3) 心身の負担が高いと感じられる作業			
① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他	<input type="checkbox"/> 作業可	( )	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可	
イ 本人記載欄1の作業について、上記ア以外の必要な配慮事項・アの配慮の補足事項	<input type="checkbox"/> 負担の少ない保護具着用 <input type="checkbox"/> 紫外線をできるだけ避ける <input type="checkbox"/> 食事内容により病勢が悪化するため会食を避ける <input type="checkbox"/> 排尿・排便回数が増えるためトイレが利用しやすい環境整備 <input type="checkbox"/> 残業・休日労働(長時間労働)の制限 <input type="checkbox"/> 出張の制限 <input type="checkbox"/> 夜勤の制限 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	ウ 本人記載欄2の利用可能な社内制度を踏まえた、上記ア・イ以外の、患者が働き続けるために医学的理由から配慮が望ましい事項 ※次ページ<配慮の例>も参照の上で、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 治療スケジュールに合わせた休暇等 <input type="checkbox"/> 作業中の適宜休憩 <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他 ※例：長時間情報機器作業を制限する等 ( )		

会社において選任されている産業医等に✓してください。

産業医  総括安全衛生管理者  衛生管理者  安全衛生推進者  衛生推進者  保健師

会社に両立支援の申し出を行い、本カードの作成にあたって下記の担当部署・担当者の確認を受けました。

(会社記載欄)

会社名

担当部署・担当者名

住所

電話番号

医師署名欄	上記の通り、就労の可否や配慮に関する意見を提出します。 令和 年 月 日 医療機関名 住所 電話番号
本人署名欄	上記内容を確認し、職場での配慮に関する措置を申請します。 令和 年 月 日 (本人署名)

※職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等については、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

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								
	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 <sup>2</sup>	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	( )g/標準体重kg	g	ml				
		( )kcal/現体重kg	( )g/現体重kg						
	摂取栄養量	( )kcal/標準体重kg	( )g/標準体重kg	g	ml				
		( )kcal/現体重kg	( )g/現体重kg						
	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( )				
	食種	一般食・特別食( )・その他( )							
	食形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )				量	g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )					g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )					g/食
副食形態		常菜・軟菜・その他( )					*自由記載:例 ベースト		
嚥下調整食		不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4		とろみの濃度			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					( )	
	禁止食品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)	その他・詳細( )							
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	朝:	昼:		夕:			
		量	ml	ml		ml			
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他( )						
静脈栄養詳細	投与速度	朝:	昼:		夕:				
	追加水分	ml	ml		ml				
	種類・量								
投与経路	末梢・中心静脈								
備									

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。

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 <sup>2</sup>	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							
		【GLIM基準による評価 (□非対応)※1】 判定: □低栄養非該当 □低栄養(□中等度低栄養、□重度低栄養)										
		該当項目: 表現型( □体重減少、□低BMI、□筋肉量減少) 病因( □食事摂取量減少/消化吸収能低下、□疾病負荷/炎症)										
		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( )					
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( )									
		昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )									
		夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )									
	副食形態	常菜・軟菜・その他( ) *自由記載:例 パースト										
	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	朝:		昼:		夕:					
		量	ml		ml		ml					
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他( )									
静脈栄養詳細	投与速度	朝: ml/h		昼: ml/h		夕: ml/h						
	追加水分	朝: ml		昼: ml		夕: ml						
	種類・量	末梢・中心静脈										
備												

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

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。

## 包括的支援マネジメント 導入基準

評価日	患者氏名	評価者
年 月 日		(職種)
		(氏名)

過去1年間において、基準を満たすもの全てについて、□に✓を記入すること。

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

療養生活の支援に関する計画書

氏名： \_\_\_\_\_ 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 ( 歳)

主治医： \_\_\_\_\_ 看護師・保健師： \_\_\_\_\_ 精神保健福祉士： \_\_\_\_\_

参加者

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

本人の目標 (したい又はできるようにになりたい生活の希望)

今回の支援計画における目標

--	--

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

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

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

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

緊急連絡先： 氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

緊急連絡先： 氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

緊急連絡先： 氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

## 児童思春期支援指導加算 支援計画書

患者氏名		生年月日	
------	--	------	--

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

計画作成日

(見直し予定日)

担当医氏名

担当者氏名（職種）

## 「早期診療体制充実加算」に関する説明書

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

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

連絡先 ▲▲医院



### 患者さん・ご家族へのお願い

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

## 早期診療体制充実加算に関する同意書

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

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

(患者署名)

---

(別紙様式52)

## 在宅療養計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

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

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

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

説明・交付日： 年 月 日

\_\_\_\_\_  
(外来において診療を担当する医師氏名)

\_\_\_\_\_  
(在宅における療養を担う医師氏名)