

基礎調査表2005

様式1 (カルテ情報)

| 大項目 | 項目 | 小項目 | 内容 (入力様式等) | 入力条件 |
|------|--|--------------|--|---------------------------|
| 1 | 病院属性等 | (1) 施設コード | 都道府県番号 (2桁) + 医療機関コード (7桁) 例 011234567 | 必須 |
| | | (2) 診療科コード | 「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入する。 | 必須 |
| | | (3) 統括診療情報番号 | 1. 1サマリのみ発生、複数発生は連番を入力 0～9からなる10桁の数字 例 01234567891 | 1 入院に対し複数サマリが発生時、必須 必須 |
| 2 | データ属性等 | (1) データ識別番号 | 1. 男 2. 女 | 必須 |
| | | (2) 性別 | | 必須 |
| | | (3) 生年月日 | 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 1970年5月1日 → 19700501 | 必須 |
| 3 | 入退院情報 | (1) | 入院中の主な診療目的 1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の繰り返し (化学療法、放射線療法、抜釘) 4. その他の加療 | 必須 |
| | | (2) | 治療実施の有無 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | | (3) | 入院 (転入) 年月日 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2005年7月1日 → 20050701 | 必須 |
| | | (4) | 退院 (転出) 年月日 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2005年7月31日 → 20050731 | 必須 |
| | | (5) | 転科の有無 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | | (8) | 入院経路 1. 院内出生 2. 一般入院 | 必須 |
| | | (9) | 他院よりの紹介の有無 0. 無 1. 有 | 3 (8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須 |
| | | (10) | 自院の外来からの入院 0. 無 1. 有 | 3 (8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須 |
| | | (11) | 予定・緊急入院区分 1. 予定入院 2. 緊急入院 | 3 (8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須 |
| | | (12) | 救急車による搬送の有無 0. 無 1. 有 | 3 (8) 入院経路が2. 一般入院の場合のみ必須 |
| | | (13) | 退院 (転科) 先 1. 外来 (自院) 2. 外来 (他院) 3. 転科 (自院入院) 4. 転院 5. 終了 その他 | 必須 |
| | | (14) | 退院時転帰 入力要領を参照 | 必須 |
| (15) | 入院から24時間以内の死亡の有無 0. 無 1. 有 | 必須 | | |
| (16) | 前回退院年月日 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2005年6月1日 → 20050601 | 必須ではない | | |
| (17) | 前回同一疾病で自院入院の有無 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2005年6月1日 → 20050601 | 必須ではない | | |
| (18) | 調査対象となる一般病棟への入院の有無 入力要領を参照 | 必須 | | |
| (19) | 調査対象となる精神病棟への入院の有無 入力要領を参照 | 必須 | | |
| (20) | その他の病棟への入院の有無 入力要領を参照 | 必須 | | |

| 大項目 | 小項目 | 内容（入力様式等） | 入力条件 |
|----------------|--|---|---------|
| 4 | (1) 主傷病名 | 退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名 | 必須 |
| | (2) ICD10コード | 4(1)主傷病に対するICD10 | 必須 |
| | (3) 入院の契機となった傷病名 | 入院の契機となった傷病名 | 必須 |
| | (4) ICD10コード | 4(3)入院の契機となった傷病名に対するICD10 | 必須 |
| | (5) 医療資源を最も投入した傷病名 | 医療資源を最も投入した傷病名でセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名 | 必須 |
| | (6) ICD10コード | 4(5)医療資源を最も投入した傷病名に対するICD10 | 必須 |
| | (7) 医療資源を2番目に投入した傷病名 | 医療資源を2番目に投入した傷病名 | ある場合は必須 |
| | (8) ICD10コード | 4(7)医療資源を2番目に投入した傷病名に対するICD10 | ある場合は必須 |
| | (9) 入院時併存症名1 | 入院時点で既に存在していた傷病名 | ある場合は必須 |
| | (10) ICD10コード | 4(9)入院時併存症名1に対するICD10 | ある場合は必須 |
| | (11) 入院時併存症名2 | 入院時点で既に存在していた傷病名 | ある場合は必須 |
| | (12) ICD10コード | 4(11)入院時併存症名2に対するICD10 | ある場合は必須 |
| | (13) 入院時併存症名3 | 入院時点で既に存在していた傷病名 | ある場合は必須 |
| (14) ICD10コード | 4(13)入院時併存症名3に対するICD10 | ある場合は必須 | |
| (15) 入院時併存症名4 | 入院時点で既に存在していた傷病名 | ある場合は必須 | |
| (16) ICD10コード | 4(15)入院時併存症名4に対するICD10 | ある場合は必須 | |
| (17) 入院後発症疾患名1 | 入院中に発生した傷病名 | ある場合は必須 | |
| (18) ICD10コード | 4(17)入院後発症疾患名1に対するICD10 | ある場合は必須 | |
| (19) 入院後発症疾患名2 | 入院中に発生した傷病名 | ある場合は必須 | |
| (20) ICD10コード | 4(19)入院後発症疾患名2に対するICD10 | ある場合は必須 | |
| (21) 入院後発症疾患名3 | 入院中に発生した傷病名 | ある場合は必須 | |
| (22) ICD10コード | 4(21)入院後発症疾患名3に対するICD10 | ある場合は必須 | |
| (23) 入院後発症疾患名4 | 入院中に発生した傷病名 | ある場合は必須 | |
| (24) ICD10コード | 4(23)入院後発症疾患名4に対するICD10 | ある場合は必須 | |
| (1) 手術名1 | 名称 | 必須 | |
| (2) ICD9-CMコード | ICD9-CMにおける術式コード | 必須ではない | |
| (3) 点数表コード | 医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード | 必須 | |
| (4) 手術回数 | 1.初回 2.再手術 | 必須 | |
| (5) 手術側数 | 1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術） | 眼科等の場合必須 | |
| (6) 手術日 | 0～9からなる8桁の数字 YYYMMDD例 2005年7月1日→20050701 | 必須 | |
| (7) 麻酔 | 1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻+硬膜外 7.その他 9.無 | 必須 | |
| (8) 手術名2 | 名称 | 必須 | |
| (9) ICD9-CMコード | ICD9-CMにおける術式コード | 必須ではない | |
| (10) 点数表コード | 医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード | 必須 | |
| (11) 手術回数 | 1.初回 2.再手術 | 必須 | |
| (12) 手術側数 | 1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術） | 眼科等の場合必須 | |
| (13) 手術日 | 0～9からなる8桁の数字 YYYMMDD 例 2005年7月1日→20050701 | 必須 | |

| 大項目 | 小項目 | 内容（入力様式等） | 入力条件 |
|-----------|------------------------|--|-------------------|
| 6 診療情報 | (14) 麻酔 | 1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻＋硬膜外 7.その他 9.無 | 必須 |
| | (15) 手術名3 | 名称 | 必須 |
| | (16) ICD9-CMコード | ICD9-CMにおける術式コード | 必須ではない |
| | (17) 点数表コード | 医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード | 必須 |
| | (18) 手術回数 | 1.初回 2.再手術 | 必須 |
| | (19) 手術側数 | 1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術） | 眼科等の場合必須 |
| | (20) 手術日 | 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2005年7月1日→20050701 | 必須 |
| | (21) 麻酔 | 1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻＋硬膜外 7.その他 9.無 | 必須 |
| | (22) 手術名4 | 名称 | 必須 |
| | (23) ICD9-CMコード | ICD9-CMにおける術式コード | 必須ではない |
| | (24) 点数表コード | 医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード | 必須 |
| | (25) 手術回数 | 1.初回 2.再手術 | 必須 |
| | (26) 手術側数 | 1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術） | 眼科等の場合必須 |
| | (27) 手術日 | 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2005年7月1日→20050701 | 必須 |
| | (28) 麻酔 | 1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻＋硬膜外 7.その他 9.無 | 必須 |
| | (29) 手術名5 | 名称 | 必須 |
| | (30) ICD9-CMコード | ICD9-CMにおける術式コード | 必須ではない |
| | (31) 点数表コード | 医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード | 必須 |
| | (32) 手術回数 | 1.初回 2.再手術 | 必須 |
| | (33) 手術側数 | 1.片側 2.両側 3.両側手術のうちの片側（1入院中における両側手術） | 眼科等の場合必須 |
| | (34) 手術日 | 0～9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2005年7月1日→20050701 | 必須 |
| | (35) 麻酔 | 1.全身麻酔 2.硬膜外麻酔 3.脊髄麻酔 4.静脈麻酔 5.局所麻酔 6.全麻＋硬膜外 7.その他 9.無 | 必須 |
| | (1) 現在の妊娠の有無 | 0.無 1.有 2.不明 | 必須 |
| | (2) 出生時体重 | グラム単位入力 例 3000 | 新生児疾患の場合必須 |
| | (3) 出生時妊娠週数 | 0～9からなる2桁の数字 | 新生児疾患の場合必須 |
| | (4) 喫煙指数 | 喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数 | 呼吸器疾患及び循環器疾患の場合必須 |
| | (5) S 入院時意識障害がある場合のJIC | 0.無 1.有（1～300）R.不穏 1.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル3で自発性喪失の場合は「3A」と記録。 | 必須 |
| | (6) S 退院時意識障害がある場合のJIC | 0.無 1.有（1～300）R.不穏 1.糞尿失禁 A.自発性喪失 例 意識レベル3で自発性喪失の場合は「3A」と記録。 | 死亡退院以外は必須 |
| | (7) 入院時のADLスコア | 10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100 | 6歳未満は必須ではない |
| | (8) 退院時のADLスコア | 10項目の評価視点について数字10桁で記入 例 1211111100 | 死亡退院以外は必須 |

| 大項目 | 小項目 | | 内容（入力様式等） | 入力条件 |
|-----|------|---|--|---|
| | （9） | （10） | | |
| | （9） | 褥創ステージ NPUAP分類 | 入力要領を参照 | 褥創がある場合必須 |
| | （10） | がんの初発、再発 | 0. 初発 1. 再発 | 医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合必須 |
| | （11） | UICC病期分類（T） | 入力要領を参照 | 医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合必須 |
| | （12） | UICC病期分類（N） | 入力要領を参照 | 医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合必須 |
| | （13） | UICC病期分類（M） | 入力要領を参照 | 医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合必須 |
| | （14） | がんのStage分類 | 入力要領を参照 | 医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合必須 |
| | （16） | がん患者のPerformance Status | 入力要領を参照 | 医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合必須 |
| | （17） | 脊髄麻痺患者の入院時の重症度 | 入力要領を参照 | 010010、070030、070330、070340、070350、070360、070370、070470、160690、160870、160990に該当する場合必須 |
| | （18） | Hugh-Jones分類 | 入力要領を参照 | 呼吸器疾患の患者のみ必須（6歳未満の小児で分類不能な場合は入力不要） |
| | （19） | 心不全のNYHA心機能分類 | 1. レベルI 2. レベルII 3. レベルIII 4. レベルIV | 最も医療資源を投入した傷病名が心疾患の場合必須 |
| | （20） | 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類入院時における重症度 | 入力要領を参照 | 050050に該当する患者は必須 |
| | （21） | 急性心筋梗塞（050030、050040）における入院時の重症度：Killip分類入院時における重症度 | 入力要領を参照 | 050030、050040に該当する患者は必須 |
| | （22） | 肝硬変のChild-Pugh分類 | Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合は“12132”と記入 | 肝硬変がある場合必須 |
| | （23） | 急性肺炎の重症度分類 | 入力要領を参照 | 医療資源を最も投入した傷病名が急性肺炎の場合必須 |
| | （24） | 閉塞性黄疸に対する術前減黄術の有無 | 入力要領を参照 | 胆道（胆のう、胆管）がん、膵がんの患者のみ必須 |
| | （25） | 病態確診に必要な負荷試験の種類数 | 入力要領を参照 | MDC10の疾患の「検査入院」について病態確信に必要な負荷試験を行った場合は必須 |
| | （26） | 電解質異常の有無 | 0. 無 1. 有 | 内分泌代謝疾患（MDC10）患者のみ必須 |
| | （27） | 周期期および依存疾患治療時のインスリン療法 | 入力要領を参照 | インスリン療法が実施された場合のみ必須 |
| | （28） | 多発性骨髄腫の病期分類 | 入力要領を参照 | 多発性骨髄腫の場合必須 |
| | （29） | 急性白血物の病型分類（FAB分類） | 入力要領を参照 | 急性白血物の場合必須 |
| | （30） | 非ホジキン病の病期分類 | 入力要領を参照 | 非ホジキン病の場合必須 |
| | （31） | Burn index | 0~100の数字 | 熱傷がある場合必須 |
| | （32） | その他の重症度分類・名称 | その他使用できない重症度分類の名称を記入 | 必須ではない |

| 大項目 | 小項目 | 内容（入力様式等） | | 入力条件 |
|------------|----------------|--|--|--|
| | | その他の重症度分類・分類番号または記号 | その他使用できる重症度分類の分類番号（または記号）を記入 | |
| 7 補助療法等 | (33) | | その他使用できる重症度分類の分類番号（または記号）を記入 | 必須ではない |
| | (34) | 救急カテ実施時間（外来受診一カテ開始までの時間（実数）） | 時間を記入（単位H） 例 1時間30分 → 1.5 | 必須ではない |
| | (35) | 救急脳血管障害検査実施時間（外来受診一CT、MR I開始までの時間（実数）） | 時間を記入（単位H） 例 1時間30分 → 1.5 | 必須ではない |
| | (36) | 麻酔時間 | 時間を記入（単位H） 例 1時間30分 → 1.5 | 必須しセ電算への対応が図られている場合は入力不要 |
| | (37) | 輸血量 | 輸血に使用した量を記載。（単位ml） 例 500ml → 500 | 必須しセ電算への対応が図られている場合は入力不要 |
| | (38) | ASA米国麻酔学会（American Society Anesthesiologists）による分類 | 入力要領を参照 | 必須ではない |
| | (39) | 予定しない再手術（48時間以内） | 0. 無 1. 有 | 必須ではない |
| | (40) | 予定しない外来処置後の入院 | 0. 無 1. 有 | 必須ではない |
| | (41) | 2日以内のICUへの再入室（48時間以内） | 0. 無 1. 有 | 必須ではない |
| | (42) | ICUへの緊急入室 | 0. 無 1. 有 | 必須ではない |
| | (43) | 入院時の妊娠週数 | 2桁の数字 | (1) 現在の妊娠の有無が有の場合必須 |
| | (44) | 精神保健福祉法における入院形態 | 1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院 | 精神病床への入院がある場合必須 |
| | (45) | GAF尺度 | 入力要領を参照 | 1600601に該当する場合と精神病床への入院がある場合必須 |
| | (46) | 病名付加コード | 入力要領を参照 | 医療資源を最も投入した傷病名が、C340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、I50、S364、の場合必須 |
| | (1) | 化学療法の有無 | 0. 無し 1. あり（経口） 2. あり（経静脈又は経動脈） 3. あり（その他） | 必須 |
| | (2) | 放射線療法の有無 | 0. 無し 1. 有 | 必須 |
| (3) | 放射性同位元素内用療法の有無 | 0. 無し 1. 有 | 必須 | |
| (4) | リハビリの有無 | 0. 無し 1. 有 | 必須 | |

| 大項目 | 小項目 | | 内容（入力様式等） | 入力条件 |
|-----|------|----------------------------------|-----------|------|
| | | | | |
| | (5) | インターフェロン療法の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (6) | インスリン注射実施の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (7) | 血液浄化療法（人工腎臓）の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (8) | 人工呼吸治療の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (9) | 高気圧酸素療法の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (10) | 食道圧迫止血チューブ挿入法の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (11) | 腎盂内注入の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (12) | 中心静脈栄養の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (13) | 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (14) | 循環器心カテ検査の実施の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (15) | エタノール局所注入の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (16) | ガンマグロブリンによる治療の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (17) | プロスタグランジンI ₂ による治療の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (18) | 補助人工心臓の使用の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (19) | 人工心肺の使用の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |
| | (20) | 頸部リンパ節郭清の実施の有無 | 0. 無 1. 有 | 必須 |