

算定に当たっての留意事項(3)

(別紙様式21)

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成 年 月 日

氏名										
性別	1男	2女	1田	2大	3畑	4平	生			

I 医療区分3

各項目について評価を行い、該当日にチェック印を入れる。但し、頻度が定められていない項目については☆欄にチェックする。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1 スモン	<input type="checkbox"/>																														
2 薬剤及び看護職員により、発熱、監視及び管理を実施している状態	<input type="checkbox"/>																														
3 中心静脈栄養を実施している状態	<input type="checkbox"/>																														
4 24時間持続して点滴を実施している状態	<input type="checkbox"/>																														
5 人工呼吸器を使用している状態	<input type="checkbox"/>																														
6 ドレーン缶又は膀胱若しくは灌腸の洗浄を実施している状態	<input type="checkbox"/>																														
7 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態	<input type="checkbox"/>																														
8 酸素療法を実施している状態	<input type="checkbox"/>																														
9 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態	<input type="checkbox"/>																														
10 評定基準等の患者であって、平成18年6月30日において特殊医療療養費特例入院料1を算定する状態に入院している患者	<input type="checkbox"/>																														
医療区分3の該当有無	<input type="checkbox"/>																														

11

算定に当たっての留意事項(4)

患者の状態評価

I~IVの評価結果に基づき、患者の状態評価を行い、該当日にチェック印を記入する。変化のない場合は☆欄に記入する。

医療区分の評価	ADL区分の評価	認知機能障害評価	
A 医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3 3~1	ADL得点 0~24	<input type="checkbox"/>
B 医療区分3 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3 3~2	ADL得点 11~24	<input type="checkbox"/>
C 医療区分2 医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0~10	<input type="checkbox"/>
		認知機能障害評価 軽度(CPS2以上)	<input type="checkbox"/>
D 医療区分3 医療区分3-2以外の該当項目数0	ADL区分3	ADL得点 23~24	<input type="checkbox"/>
		ADL得点 0~22	<input type="checkbox"/>

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価、認知機能障害評価については、日ごとに、該当する全てのものについてチェックすること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記載することが困難である場合にあつては、主となる疾患又は状態等のチェックでも差し支えないこと。

主治医

(印)

12