

(別添1)

平成18年11月

患者特性調査票

F S. 対象入院患者の属性等

※「2. 患者番号」の患者氏名欄は、調査票提出前に必ず黒塗りして下さい。

医療機関名		
1. 病棟名		
2. 患者番号	※「タイムスタディ調査」の患者番号と対応 番号:	※提出時には黒塗り 患者氏名:
3. 性別	1. 男 <input type="checkbox"/>	2. 女 <input type="checkbox"/>
4. 生年月日	※いずれかに○ 明治・大正・昭和・平成	年 月
※病棟に関わらず、当該病院入院日を記入	※いずれかに○	年 月 日
5. 入院日	昭和・平成	年 月 日
※現在の病棟へ転棟してきた場合のみ記入。上記入院日と同じ場合は、記入不要	※いずれかに○	年 月 日
6. 当該病棟への転入日	昭和・平成	年 月 日

※7から9（9は該当する場合）は、原則医事課等のご担当者が調査責任者としてご記入下さい。

7. 現在算定している入院料の種別 (単数回答)	1. 入院基本料A 2. 入院基本料B 3. 入院基本料C (認知機能障害加算あり) 4. 入院基本料C (認知機能障害加算なし) 5. 入院基本料D 6. 入院基本料E 7. 特別入院基本料 8. 療養型介護療養施設サービス費 9. その他 () <input type="checkbox"/>
8. 診療報酬上の規定 (単数回答)	【入院基本料Eにおける包括項目の出来高算定状況】 1. 算定していない (若しくは入院基本料Eに該当しない) 2. 算定している (急性増悪により自院又は他院の一般病棟に転棟・転院する場合の転棟・転院日の3日前まで) <input type="checkbox"/>
	【重症皮膚潰瘍管理加算の算定状況】 1. 算定していない 2. 算定している <input type="checkbox"/>
	【栄養管理実施加算の算定状況】 1. 算定していない 2. 算定している <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

	<p>【療養病棟療養環境加算の算定状況】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 算定していない 2. 算定している（加算4：①1床 6.0 m²以上、②機能訓練室、③1人当たり1 m²以上の食堂、④談話室(食堂と兼用可)、⑤身体不自由者のための浴室、の条件を満たしている場合) 3. 算定している（加算3：加算4の③、④、⑤に加え、⑥1病室4床以下、⑦1床 6.4 m²以上、⑧40 m²以上の機能訓練室、の条件を満たしている場合) 4. 算定している（加算2：加算4の③、④、⑤、及び加算3の⑥、⑦、⑧に加え、⑨廊下幅 1.8m(両側居室 2.7m)以上、の条件を満たしている場合) 5. 算定している（加算1：③～⑨の条件に加え、⑩1人当たり 16 m²以上の病棟床面積、の条件を満たしている場合) <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
	<p>【包括外(出来高)の投薬の算定有無】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 算定していない 2. 算定している〔腫瘍用薬(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る)及び疼痛コントロールのための医療用麻薬〕 <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
	<p>【包括外(出来高)の注射の算定有無】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 算定していない 2. 算定している〔腫瘍用薬(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る)及びエリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る)〕 <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

◇平成18年6月30日において特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた患者の場合のみお答え下さい。

(該当しない患者は「I. 基本情報」へ)

9. 特殊疾患療養病棟における経過措置の該当状況 (単数回答)	【平成18年6月30日において特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者】 1. 難病等疾患でない 2. 難病等疾患である <input type="checkbox"/>
	【平成18年6月30日において特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者】 1. 難病等疾患でない 2. 難病等疾患である <input type="checkbox"/>

(上記いずれかに回答後、「I. 基本情報」へ)

<難病等疾患>

- ・ 脊髄損傷
- ・ 筋ジストロフィー
- ・ 多発性硬化症
- ・ 重症筋無力症
- ・ スモン
- ・ 筋萎縮性側索硬化症
- ・ 脊髄小脳変性症
- ・ パーキンソン病関連疾患〔進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤール分類ステージⅢ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のもの)〕
- ・ ハンチントン病
- ・ 多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
- ・ プリオン病(クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー、シャインカー病、致死性家族性不眠症)
- ・ 亜急性硬化性全脳炎
- ・ 仮性球麻痺
- ・ 脳性麻痺

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

I. 基本情報

<p>1. 調査病棟に入院する前の状況 (単数回答)</p>	<p>1. 自宅 (家族等との同居も含む) 2. グループホーム 3. 有料老人ホーム 4. ケアハウス (軽費老人ホーム含む) 5. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 6. 介護老人保健施設 7. 他の医療機関の一般病床 8. 他の医療機関の療養病床 9. 他の医療機関のその他の病床 (精神病床等) 10. 自院の一般病床 (転棟) 11. 自院のその他の病床 (精神病床等) (転棟) 12. わからない <input type="checkbox"/></p>
<p>2. 調査病棟に入院した背景 (複数回答)</p>	<p>1. 疾病の急性期状態が安定したため 1. <input type="checkbox"/> 2. 疾病の急性増悪 2. <input type="checkbox"/> 3. 継続的な高度の医療管理が必要 3. <input type="checkbox"/> 4. 継続的なリハビリが必要 4. <input type="checkbox"/> 5. 介護老人福祉施設等でも対応できるが、施設に空きがないため 5. <input type="checkbox"/> 6. 在宅でも対応できるが、家族の受け入れ体制が整わないため 6. <input type="checkbox"/> 7. 本人、家族等が希望するため 7. <input type="checkbox"/></p>
<p>※記入日時点 3. 医師による直接医療提供頻度 (単数回答)</p>	<p>1. 医療的な状態は安定しており、医師の指示はほとんど必要としない 2. 週1回程度の指示見直しが必要 3. 週2～3回程度の指示見直しが必要 4. 毎日指示見直しが必要 5. 1日数回の指示見直しが必要 6. 24時間体制での管理が必要 <input type="checkbox"/></p>
<p>※記入日時点 4. 看護師による直接看護提供頻度 (単数回答)</p>	<p>1. 定時の観察のみで対応できる (している) 2. 定時以外に1日1回～数回の観察および処遇が必要 3. 頻回の観察および処遇が必要 4. 24時間観察および処遇が必要 <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

<p>5. 要介護度（単数回答）</p> <p>※貴院で把握していない場合には本人もしくはご家族等に確認下さい。</p>	<p>介護認定を受けている</p> <p>0. はい 1. いいえ</p> <p style="text-align: right;">※「1. いいえ」の場合は、記入後「Ⅱ. 記憶」へ</p>	<input type="text"/>
	<p>→◆介護認定を受けている場合、要介護度を選択して下さい。</p> <p>1. 要支援 1 2. 要支援 2 3. 経過的要介護</p> <p>4. 要介護 1 5. 要介護 2 6. 要介護 3</p> <p>7. 要介護 4 8. 要介護 5 9. 自立</p>	<input type="text"/>
	<p>→◆介護認定を受けている場合、認定時期を選択して下さい。</p> <p>1. 入院前</p> <p>2. 入院中の新規申請</p> <p>3. 入院中の変更申請</p>	<input type="text"/>
	<p>→◆認定時点と比較した際の、現在の状態を選択して下さい。</p> <p>0. 変化なし</p> <p>1. 改善</p> <p>2. 悪化</p>	<input type="text"/>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

II. 記 憶

※本設問は、指定のない場合を除き**過去3日間**における記憶に関する状態を記入。

<p>1. 意識障害者である (単数回答) ※JCSⅡ-3、GCS の定義は記入要領参照</p>	<p>JCSⅡ-3以上またはGCS8点以下の状態、無動症の状態。 0. 意識障害者ではない(「2.記憶」へ進む) 1. 意識障害者である(「V.身体機能と機能問題」へ進む)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. 記憶 (単数回答) ※記入要領に補足説明あり</p>	<p>短期記憶：5分前のことが思い出せる、あるいはそのようにみえる。 0. はい 1. いいえ</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. 日常の意思決定を行う ための認知能力 (単数回答)</p>	<p>毎日の日課における意思決定。 0. 自 立：首尾一貫して理にかなった判断ができる 1. 限定的な自立：新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある。たとえば、普段は問題ないが、新しい検査を受けるときに指示に従えない、混乱するなど 2. 軽度の障害：特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である。たとえば、普段は問題ないが、検査時は常に混乱するなど 3. 中程度の障害：普段から判断力が弱く、合図や見守りが必要である 4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. せん妄の兆候・混乱 した思考・意識 (選択肢より記入)</p>	<p>※過去7日間の行動について各項目ごとに以下の0,1,2のいずれかを記入。 ※正確にアセスメントするためには、この間の患者の行動を直接知っているスタッフや家族との話し合いが必要である。特に1と2の違いに注意して下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><選択肢> 0. このようなことはなかった 1. あったが、最近始まったのではない 2. この7日間は通常の状態と異なる (例えば、新たに始まったり、悪化した)</p> </div> <p>a. 注意がそらされやすい (たとえば、集中力がない、話がそれる) a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 周囲の環境に関する認識が変化する (たとえば、その場 にいない人に話をしたり唇を動かす、自分をどこか別の 場所にいると思ひこむ、昼夜の混乱) b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 支離滅裂な会話が時々ある (たとえば、話していること が一貫しない、無意味である、見当違い、話題が飛ぶ、 思考が散漫) c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 落ち着きがない (たとえば、皮膚や服、ナプキンなどを いじったり、ひっぱる、居場所をよく変える、身体を動 かし続ける、叫び続ける) d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 無気力 (たとえば、動作が鈍い、宙を見ている、なかな か奮起しない、身体の動きが少ない) e <input type="checkbox"/></p> <p>f. 認知能力が1日の中で変動する (たとえば、時々良かつ たり、悪かったり、身体の動きが少ない) f <input type="checkbox"/></p>
<p>5. 認知状態の変化 (単数回答)</p>	<p>過去90日間における認知状態、技能、能力の変化 (入院後90日以内であれば入院時と比べて)。 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

Ⅲ. コミュニケーション、聴覚

<p>1. 自分を理解させることができる (単数回答) ※記入要領に補足説明あり</p>	<p>※どんな方法で表現してもよい。</p> <p>0. 理解させることができる：容易に考えをはっきり表現する</p> <p>1. 通常は理解させることができる： 言葉をみつけたり、考えをまとめるのに困難があり、結果として返答が遅れる。十分に時間が与えられれば、本人の考えを引き出す必要はほとんどない</p> <p>2. しばしば理解させることができる： 言葉をみつけたり、考えをまとめるのに困難であり、通常は本人の考えを引き出ししたり、促す必要がある</p> <p>3. 時々理解させることができる： 能力は限定されているが、基本的欲求（たとえば、食べ物、飲み物、寝る、トイレなど）に関する単純で具体的な欲求は表現できる</p> <p>4. ほとんどまたはまったく理解させることができない： 最良の状態でも、本人特有の音や身体的表現（たとえば、痛みがあることやトイレに行きたいことを示すなど）の意味の解釈に留まる</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
<p>2. コミュニケーションの変化 (単数回答)</p>	<p>過去 90 日間における表現、理解、あるいは情報を聞く能力の変化 (入院後 90 日以内であれば入院時と比べて)。</p> <p>0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

該当する番号を 1 つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

IV. 気分と行動

<p>1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候 (選択肢より記入)</p>	<p>※過去3日間に観察された兆候（理由のいかんを問わない）。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><選択肢> 0. 過去3日間観察されていない 1. 1、2日観察された 2. 毎日観察された</p> </div> <p>a. 否定的な言葉を言った（たとえば、どうでもよい、死んだ方がまし、長生きしたことを後悔している、死なせて） a <input type="text"/></p> <p>b. 自分や他者に対する継続した怒り（たとえば、入院・入所したことに怒っている、受けているケアに怒る） b <input type="text"/></p> <p>c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した（たとえば、捨てられる、とり残される） c <input type="text"/></p> <p>d. 健康上の不満を繰り返した（たとえば、常に医療的な関心をひきたがる、からだのことばかり心配している） d <input type="text"/></p> <p>e. たびたび不安、心配ごとを訴えた（健康問題以外で）（たとえば、日課、食事、洗濯、衣服、対人関係などで人の注意や気をひいて、そのことに「たいじょうぶ」としてもらいたい） e <input type="text"/></p> <p>f. 悲しみ、苦悩、心配した表情（たとえば、しかめっ面） f <input type="text"/></p> <p>g. 何回も泣いたり涙もろい g <input type="text"/></p>
<p>2. 問題行動 (選択肢より記入) ※記入要領に補足説明あり</p>	<p>※過去3日間の問題行動の頻度。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><選択肢> 0. このような行動はなかった 1. 1日みられた 2. 2日みられた 3. 毎日みられた</p> </div> <p>a. 徘徊：危険性などに気づかないように、目的なく歩き回る a <input type="text"/></p> <p>b. 暴言：他者をおびやかす、どなる、ののしる b <input type="text"/></p> <p>c. 暴行：他者を打つ、押す、ひっかく、性的に虐待する c <input type="text"/></p> <p>d. 社会的に不適當な行為：邪魔になる音をたてる、騒々しい、叫ぶ、自傷行為、人前で性的行動、あるいは衣類を脱ぐ、食事や糞便を塗りたい、放り投げる、貯め込む、他者の物をかきまわす、異食 d <input type="text"/></p> <p>e. ケアに対する抵抗：服薬、注射、ADL 介助、食事を拒否 e <input type="text"/></p>
<p>3. 問題行動の変化 (単数回答)</p>	<p>過去90日間における問題行動の変化 (入院後90日以内であれば入院時と比べて)。</p> <p>0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 <input type="text"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

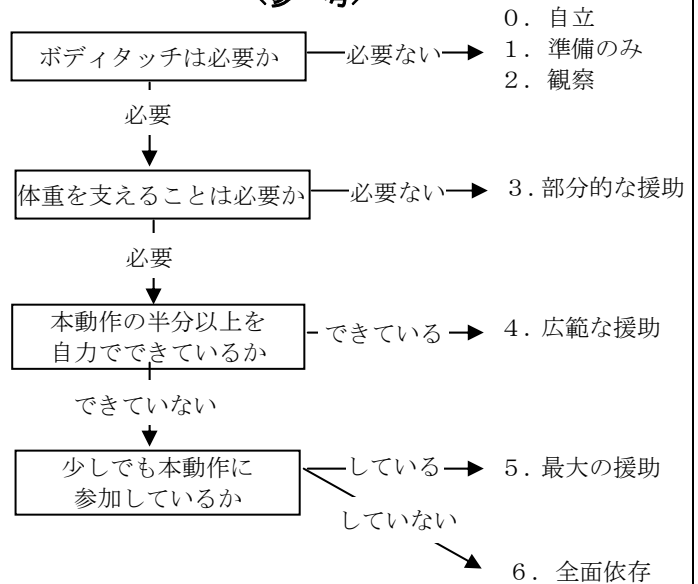
V. 身体機能と機能問題

1. ADL自立度（過去3日間の全勤務帯における患者の状況を選ぶ）。

<選択肢>

- 0. 自立：手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
- 1. 準備のみ：物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
- 2. 観察：見守り、励まし、誘導が3回以上
- 3. 部分的な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を3回以上
- 4. 広範な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）を3回以上
- 5. 最大の援助：動作の一部（50%未満）しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
- 6. 全面依存：まる3日間すべての面で他者が全面援助した
- 8. 本動作は1回もなかった（能力に関わらず）

<参考>



※選択肢より記入

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	<input type="text"/>
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）	<input type="text"/>
c. 病棟（ユニット）の中での移動	どのように自室から廊下に移動するか（車いすなら、車いすに移乗したあと）	<input type="text"/>
d. 更衣	どのように下半身の衣類（普段着や下着）を履いたり、脱いだりするか。	<input type="text"/>
e. 個人衛生	どのように個人衛生を保つか（髪をとかず、歯をみがく、ひげをそる、化粧をする、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴、シャワーを除く）	<input type="text"/>
f. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。（上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む	<input type="text"/>
g. トイレの使用	(A) トイレの使用：どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える（移乗は除く）	(A) <input type="text"/>
	(B) トイレへの移乗：どのようにトイレ（ポータブルトイレ）に移乗するか	(B) <input type="text"/>
h. 入浴	入浴：どのように入浴やシャワーや清拭をするか（背中を洗うことと洗髪と移乗は含まない）身体のそれぞれの部分（腕、太股、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかは含まれる。最も依存的な状態を記入する（移乗は除く）	<input type="text"/>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

<p>2. ADLの変化 (90 日間) (単数回答)</p>	<p>過去 90 日間におけるADL自立度の変化 (入院後 90 日以内であれば入院時と比べて)。 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
<p>3. ADLの変化 (30 日間) (単数回答)</p>	<p>過去 30 日間におけるADL自立度の変化 (入院後 30 日以内であれば入院時と比べて)。 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
<p>4. 立ち上がり (単数回答)</p>	<p>過去 3 日間の状態を評価。 0. つかまらないでできる 1. 何かにつかまればできる 2. できない</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
<p>5. 片足での立位保持 (単数回答) ※記入要領に補足説明あり</p>	<p>過去 3 日間の状態を評価。 0. 支えなしでできる 1. 何か支えがあればできる 2. できない</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>

該当する番号を 1 つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

VI. 疾患

下記の疾患のうち、現在のADLの状態（寝たきり度ランクB以上）、認知、気分、行動状況、医学的治療、看護の観察、死の危険性に関係がある場合にのみチェックする（現在問題のない診断名はあげない）。

1. 疾患 (複数回答)	内分泌/代謝/栄養	a. 糖尿病	a	<input type="checkbox"/>
	心臓/循環器	b. 不整脈	b	<input type="checkbox"/>
	c. うっ血性心不全	c	<input type="checkbox"/>	
	d. 高血圧症	d	<input type="checkbox"/>	
	e. 虚血性心疾患	e	<input type="checkbox"/>	
	筋骨格	f. 大腿骨頸部骨折	f	<input type="checkbox"/>
	g. 脊椎圧迫骨折	g	<input type="checkbox"/>	
	h. その他の骨折	h	<input type="checkbox"/>	
	i. 関節リウマチ	i	<input type="checkbox"/>	
	神経	j. アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）	j	<input type="checkbox"/>
	k. 失語症	k	<input type="checkbox"/>	
	l. 脳性麻痺	l	<input type="checkbox"/>	
m. 脳梗塞	m	<input type="checkbox"/>		
n. 脳出血	n	<input type="checkbox"/>		
o. アルツハイマー病以外の認知症	o	<input type="checkbox"/>		
p. 片側不全麻痺/片麻痺	p	<input type="checkbox"/>		
q. 多発性硬化症	q	<input type="checkbox"/>		
r. パーキンソン病関連疾患（注1） （パーキンソン病を含む）	r	<input type="checkbox"/>		
s. 四肢麻痺	s	<input type="checkbox"/>		
t. スモン	t	<input type="checkbox"/>		
u. その他の神経難病*	u	<input type="checkbox"/>		
v. 神経難病以外の難病	v	<input type="checkbox"/>		
w. 脊髄損傷	w	<input type="checkbox"/>		
呼吸器	x. 喘息	x	<input type="checkbox"/>	
y. 肺気腫/慢性閉塞性肺疾患（COPD）	y	<input type="checkbox"/>		
Hugh Jones V度の状態		0. なし	1. あり	<input type="checkbox"/>
その他	z. がん（悪性腫瘍）	z	<input type="checkbox"/>	
aa. 腎不全	aa	<input type="checkbox"/>		

***u. その他の神経難病**
筋ジストロフィー
重症筋無力症
筋萎縮性側索硬化症
ハンチントン舞踏病
脊髄小脳変性症
多系統萎縮症（注2）
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎

(注1) 進行性核上性麻痺 大脳皮質基底核変性症 パーキンソン病 [Yahr (ヤール) stage 3以上 (生活機能障害IIまたはIII)のみ]
(注2) 線条体黒質変性症 オリブ・橋・小脳変性症 シャイ・ドレーガー症候群

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

<p>2. 感染症 (複数回答)</p>	<p>a. 抗生物質耐性菌感染 (たとえば MRSA)</p> <p>b. 後天性免疫不全症候群 (HIV 感染含む)</p> <p>c. 肺炎</p> <p>d. 上気道感染</p> <p>e. 敗血症</p> <p>f. 多剤耐性結核</p> <p>g. 上記以外の結核</p> <p>h. 尿路感染症 (過去 30 日間)</p> <p>◆発症期間中、一度でも認められたかどうか記入。</p> <p>┌───▶ 細菌尿 0. なし 1. あり ───▶ <input type="checkbox"/></p> <p>└───▶ 白血球尿 (>10/HPF) 0. なし 1. あり ───▶ <input type="checkbox"/></p> <p>i. ウィルス性肝炎</p> <p>j. 創感染</p> <p>k. 皮膚の感染症</p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p>
<p>※VI 1、2 以外の傷病 である場合</p>	<p>a. 傷病名 _____</p>	
<p>3. その他の 傷病名</p>	<p>b. 傷病名 _____</p>	
<p>4. 上記VI1～VI3 のうち主傷 病名のコード (もしくは 傷病名)</p>	<p>記入例</p> <p>(糖尿病の場合 <i>1a</i>)</p> <p>(その他の疾患名の場合 <i>3b</i> など)</p> <p><input type="text"/></p>	
<p>5. 主傷病発症後 経過日数 (単数回答)</p>	<p>1. 14 日以下</p> <p>2. 15 日から 30 日以下</p> <p>3. 31 日から 90 日以下</p> <p>4. 91 日から 180 日以下</p> <p>5. 181 日以上</p> <p><input type="checkbox"/></p>	

該当する番号を 1 つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

VII. 症状と状態

<p>1. 問題状況 (複数回答)</p>	<p>過去3日間に現れたすべての症状にチェック。</p> <p>a. 脱水 (水分の排出が摂取よりも多い) a <input type="checkbox"/></p> <p>◆発症期間中、一度でも認められたかどうか記入。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 40%;">舌の乾燥</td> <td style="width: 10%;">0. なし</td> <td style="width: 10%;">1. あり</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">→</td> <td>皮膚の乾燥</td> <td>0. なし</td> <td>1. あり</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">→</td> <td>尿量減少</td> <td>0. なし</td> <td>1. あり</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">→</td> <td>BUN/Cre 比の上昇</td> <td>0. なし</td> <td>1. あり</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>b. 妄想 b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 発熱 c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 幻覚 d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 体内出血 e <input type="checkbox"/></p> <p>(持続するもの (例) 黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、 喀血、痔核を除く持続性の便潜血陽性)</p> <p>f. 嘔吐 f <input type="checkbox"/></p> <p>└─→ 1日の間に繰り返しの嘔吐 0. なし 1. あり → <input type="checkbox"/></p>	→	舌の乾燥	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>	→	皮膚の乾燥	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>	→	尿量減少	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>	→	BUN/Cre 比の上昇	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>
→	舌の乾燥	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>																				
→	皮膚の乾燥	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>																				
→	尿量減少	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>																				
→	BUN/Cre 比の上昇	0. なし	1. あり	→	<input type="checkbox"/>																				
<p>2. 痛み (単数回答)</p> <p>※記入要領に 補足説明あり</p>	<p>過去3日間の最もひどい痛みについて記入。</p> <p>a. 頻度 (痛みの訴えや痛みがあることを示した)</p> <p>0. 痛みはない(「3.状態の安定性」へ進む)</p> <p>1. 痛みはあるが毎日ではない <input type="checkbox"/></p> <p>2. 痛みは毎日ある</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>b. 程度</p> <p>0. 軽い痛み</p> <p>1. 中程度の痛み <input type="checkbox"/></p> <p>2. 激しい、あるいは我慢できない痛み</p>																								
<p>3. 状態の安定性 (複数回答)</p>	<p>過去3日間の状態を評価。</p> <p>a. 個室における管理が必要 a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 末期の疾患であり、余命が6ヵ月以下である c <input type="checkbox"/></p>																								

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

VIII. 栄養状態

1. 体重の変化 (単数回答)	体重減少： 過去 30 日間 に 5%以上の減少、または 過去 180 日間 で 10%以上の減少があったか。 0. はい 1. いいえ <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>
2. 栄養摂取の方法	<p>過去 3 日間に使用されたすべてにチェック (複数回答)。</p> <p style="text-align: right;">※a から c のいずれにもチェックがなければ「IX 1. 褥瘡・潰瘍」に進む。</p> <p>a. 中心静脈栄養 a <input type="checkbox"/></p> <p>消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難である 0. なし 1. あり → <input type="text"/></p> <p>b. 末梢静脈栄養 b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 経管栄養 (経鼻、胃瘻など) c <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>過去 3 日間の経静脈・経管栄養による摂取カロリーの割合 (単数回答)。</p> <p>0. なし 3. 51%~75%</p> <p>1. 1%~25% 4. 76%~100%</p> <p>2. 26%~50%</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div> <hr/> <p>過去 3 日間の経静脈・経管栄養により摂取した水分量 (1 日平均) (単数回答)。</p> <p>0. なし 3. 1,001~1,500cc/日</p> <p>1. 1~500cc/日 4. 1,501~2,000cc/日</p> <p>2. 501~1,000cc/日 5. 2,001cc/日以上</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/></div>

IX. 皮膚の状態

1. 褥瘡・潰瘍 (数値記入)	<p>それぞれのステージに該当する潰瘍の数を記入 (原因は問わない)。 そのステージの潰瘍がなければ「0」を記入、9 ヶ所以上の場合「9」を記入。</p> <p>【全身の検査が必要】</p> <p>a. 第 1 度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない) a <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>b. 第 2 度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる b <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>c. 第 3 度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある c <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>d. 第 4 度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している d <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p>
2. 褥瘡・潰瘍の種類 (単数回答)	<p>それぞれの潰瘍について、過去 3 日間の最もひどい状態を IX 1 の度数を用いて記入。</p> <p>※選択肢：第 1 度 = 「1」、第 2 度 = 「2」、第 3 度 = 「3」、第 4 度 = 「4」、なければ「0」をそれぞれ記入。</p> <p>a. 褥瘡：圧迫や摩擦によって起こったもので下部の組織の損傷をもたらす a <input type="text"/></p> <p>b. うっ血性潰瘍：末梢循環障害による下肢末端の開放創 b <input type="text"/></p>

該当する番号を 1 つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

<p>3. 皮膚のその他の問題 (複数回答)</p>	<p>過去3日間における皮膚の問題をチェック。</p> <p>a. すり傷、内出血</p> <p>b. II度以上の火傷</p> <p>c. 潰瘍、発疹、切り傷以外の開放創（たとえばがん病巣）</p> <p>d. 発疹（たとえばかぶれ、湿疹、薬疹、あせも、帯状疱疹）</p> <p>e. 痛みや圧迫に対して皮膚が鈍感になっている</p> <p>f. 裂傷または切り傷（手術創以外）</p> <p>g. 手術創</p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p>
<p>4. 皮膚のケア (複数回答)</p>	<p>過去3日間における皮膚のケアをチェック。</p> <p>a. 圧迫を取り除く器具を使用</p> <p>b. 体位変換</p> <p>c. 皮膚の治療を目的とした栄養や水分の補給</p> <p>d. 潰瘍のケア</p> <p>e. 手術創のケア</p> <p>f. 足以外の創傷処置（外用薬の使用の有無にかかわらず）</p> <p>g. 軟膏や薬剤の使用（足以外）</p> <p>h. その他の予防的・保護的皮膚のケア（足以外）</p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p>
<p>5. 足の問題とケア (複数回答)</p>	<p>過去3日間に行われたものすべてにチェック。</p> <p>a. うおのめ、たこ、まめ、つち指、指が折り重なっている、痛み、変形</p> <p>b. 感染症（たとえば、蜂巣炎、膿。但し皮膚の損傷を伴わない水虫は含まない）</p> <p>c. 開放創</p> <p>d. 過去90日間に爪やたこが削られている</p> <p>e. 保護的なケア（特別な靴、中敷、指間パッドの挿入など）</p> <p>f. 足の創傷処置（外用薬の使用の有無にかかわらず）</p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p>

X. 注射・点滴

<p>1. 注射・点滴を受けた日数 (数値記入)</p>	<p>過去7日間に注射・点滴を受けた日数（経路は問わない）を記入。 ※インスリン皮下注射の回数は除く。 ※注射・点滴を受けていなければ「0」を記入。</p>	<p><input style="border: 1px dashed black; width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>2. 注射・点滴 (複数回答)</p>	<p>過去7日間に受けた注射・点滴にチェック。</p> <p>a. 補液</p> <p>b. 抗生物質注射</p> <p>c. 強心剤注射</p> <p>d. 昇圧剤、降圧剤の持続点滴</p> <p>e. 24時間の持続点滴</p> <p>◆点滴を行った際に認められたかどうか記入。</p> <p>→ 経口摂取が困難 0. なし 1. あり → <input type="checkbox"/></p> <p>→ 体液の不均衡（電解質異常等） 0. なし 1. あり → <input type="checkbox"/></p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

XI. リハビリテーション

<p>1. リハビリテーションを要す状態 (単数回答) ※記入要領に補足説明あり</p>	<p>過去3日間における必要性をチェック。</p> <p>0. 特にリハビリテーションは必要ではない</p> <p>1. 維持的リハビリテーションが必要な状態 <input type="checkbox"/></p> <p>2. 積極的リハビリテーションが必要な状態</p> <hr/> <p>→ ※1. および2. の場合 リハビリテーションが必要な疾患が発症してからの日数</p> <p>1. 14日以下 2. 15日から30日以下</p> <p>3. 31日から90日以下 4. 91日から180日以下</p> <p>5. 181日以上 <input type="checkbox"/></p>
<p>2. リハビリテーションの実施 (複数回答)</p>	<p>過去7日間に行ったリハビリテーションについてチェック。</p> <p>a. 心大血管疾患リハビリテーション (I) <input type="checkbox"/></p> <p>b. 心大血管疾患リハビリテーション (II) <input type="checkbox"/></p> <p>c. 脳血管疾患等リハビリテーション (I) <input type="checkbox"/></p> <p>d. 脳血管疾患等リハビリテーション (II) <input type="checkbox"/></p> <p>e. 運動器リハビリテーション (I) <input type="checkbox"/></p> <p>f. 運動器リハビリテーション (II) <input type="checkbox"/></p> <p>g. 呼吸器リハビリテーション (I) <input type="checkbox"/></p> <p>h. 呼吸器リハビリテーション (II) <input type="checkbox"/></p>
<p>3. 特別な看護の対応 (数値記入)</p>	<p>過去7日間に、看護スタッフが1日15分以上対応した日数を記入。 ※行ったとしても1日15分未満であれば「0」を記入</p> <p>a. 関節可動域訓練 <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>b. 摂食、嚥下訓練 <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>c. 定時排泄誘導、膀胱訓練 <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>d. 上記以外のADL訓練 <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>e. コミュニケーションの援助 (ボードの使用など) <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p> <p>f. その他 (糖尿病指導、薬剤の自己管理、瘻のケアなど) <input style="border: 1px dashed black;" type="text"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

X II. 治療

<p>1. 処置・治療 (複数回答)</p>	<p>過去7日間に受けた治療・処置にチェックする。</p> <p>a. 抗がん剤療法 a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 透析 b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 胃瘻、腎瘻、人工肛門などの瘻の処置 c <input type="checkbox"/></p> <p>d. ドレーン法・胸腹腔洗浄 d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 酸素療法 e <input type="checkbox"/></p> <p> → 安静時で SaO₂90%以下に該当 0. なし 1. あり → <input type="checkbox"/></p> <p> → 睡眠時で SaO₂90%以下に該当 0. なし 1. あり → <input type="checkbox"/></p> <p> → 運動負荷時で SaO₂90%以下に該当 0. なし 1. あり → <input type="checkbox"/></p> <p>f. 放射線治療 f <input type="checkbox"/></p> <p>g. 吸引 g <input type="checkbox"/></p> <p> → 調査基準日の24時間に行った回数 → <input type="text"/></p> <p> → 過去7日間のうち1日の最大回数 → <input type="text"/></p> <p> → 過去7日間のうち1日の最小回数 → <input type="text"/></p> <p>h. 気管切開口・気管内挿管のケア h <input type="checkbox"/></p> <p>i. 輸血 i <input type="checkbox"/></p> <p>j. レスピレーター j <input type="checkbox"/></p> <p>k. 緩和ケア k <input type="checkbox"/></p> <p>l. 疼痛コントロール l <input type="checkbox"/></p> <p>m. 膀胱留置カテーテル m <input type="checkbox"/></p> <p>n. 感染隔離病室におけるケア n <input type="checkbox"/></p> <p>o. 血糖チェック o <input type="checkbox"/></p> <p> → 調査基準日の24時間に行った回数 → <input type="text"/></p> <p> → 過去7日間のうち1日の最大回数 → <input type="text"/></p> <p> → 過去7日間のうち1日の最小回数 → <input type="text"/></p> <p>p. インスリン皮下注射（自己注射は除く） p <input type="checkbox"/></p>
<p>2. 向精神薬の 使用日数 (数値記入)</p>	<p>過去7日間に投与した日数を記入。もし投与されていなければ「0」を記入。ただし、次に投与するまでの間隔が1週間以上の長期に作用する薬剤については「9」を記入。</p> <p>a. 抗精神病薬 a <input type="text"/></p> <p>b. 抗不安薬 b <input type="text"/></p> <p>c. 抗うつ薬 c <input type="text"/></p> <p>d. 催眠薬 d <input type="text"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

<p>3. 身体抑制 (選択肢より記入)</p>	<p>過去7日間の使用状況。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><選択肢> 0. 使用しなかった 1. 毎日は使用しなかった 2. 毎日使用した</p> </div> <p>a. すべてにベッド柵 a <input type="text"/></p> <p>b. 半分、または片方の側のみベッド柵 b <input type="text"/></p> <p>c. 体幹部の抑制 c <input type="text"/></p> <p>d. 四肢の抑制 d <input type="text"/></p> <p>e. 起き上がれない椅子 e <input type="text"/></p>
<p>4. 医師の指示変更 (数値記入)</p>	<p>過去7日間 (入院が7日以内であれば、入院日から) に医師が指示を変更した回数^①を記入 (もしなければ「0」を記入。書き直しがあっても内容の変更がなければ「0」とする)。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>
<p>5. 検査の頻度 (他医療機関での実施分も含む) (複数回答)</p>	<p>過去30日間又は当該調査対象病棟に入院・転棟してきてから行った検査についてチェックする。</p> <p>a. 検体検査 (尿検査、血液検査等) a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 生体検査 (呼吸機能、超音波、脳波、内視鏡等) b <input type="checkbox"/></p> <p>c. エックス線単純撮影 c <input type="checkbox"/></p> <p>d. C T d <input type="checkbox"/></p> <p>e. MR I e <input type="checkbox"/></p>
<p>6. 過去30日以内の手術 (他の医療機関で実施した場合も含む) (複数回答)</p>	<p>過去30日間又は当該調査対象病棟に入院・転棟してきてから行った手術についてチェックする。</p> <p>a. 手術はしていない a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 局所麻酔下の手術 b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 腰椎麻酔下の手術 c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 全身麻酔下の手術 d <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

XⅢ. 退院の可能性、全体の状況

<p>1. 退院の見通し (単数回答)</p>	<p>本設問は、主治医に確認のうえ記入。</p> <ol style="list-style-type: none"> 90日以内に退院できる見通し 90日以内に退院できる見通しはないが、今後受け皿が整備されれば退院できる 改善の見込みはなく、退院(転院・転棟)の見通しはない 改善の見込みはなく、悪化して転院・転棟・死亡する見通し <input type="checkbox"/>
<p>2. 退院(転棟)先の見通し (選択肢より記入)</p>	<p>下記のうち、今後の見通しとして、最も可能性が高い場面をひとつ選び、1-13までの番号を記入。なお、上記で「2. 90日以内に退院できる見通しはないが、今後受け皿が整備されれば退院できる」を選んだ場合には、地域における受け皿の今後の整備状況等を勘案して選ぶ。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><選択肢></p> <ol style="list-style-type: none"> 自宅(家族等との同居も含む) グループホーム 有料老人ホーム ケアハウス(軽費老人ホーム含む) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 介護老人保健施設 他の医療機関の一般病床 他の医療機関の療養病床 他の医療機関のその他の病床 自院の障害者施設等入院基本料算定病棟 自院の一般病床(10.の病棟を除く) 自院のその他の病床 その他() </div> <input type="checkbox"/>
<p>3. 医療ニーズの変化(30日前) (単数回答)</p>	<p>30日前(入院が30日以内であれば、入院日から)と比べて、患者の全体的な医療ニーズは著しく変化している。</p> <ol style="list-style-type: none"> 不変 改善: 医療処置等が減り、医学的管理の必要度が低くなった 悪化: 医療処置等が増え、医学的管理の必要度が高くなった <input type="checkbox"/>
<p>4. 医療ニーズの変化(90日前) (単数回答)</p>	<p>90日前(入院が31日~89日であれば、入院日から)と比べて、患者の全体的な医療ニーズは著しく変化している。</p> <ol style="list-style-type: none"> 不変 改善: 医療処置等が減り、医学的管理の必要度が低くなった 悪化: 医療処置等が増え、医学的管理の必要度が高くなった <input type="checkbox"/>
<p>5. 家族等への介護の期待 (単数回答)</p>	<p>在宅での介護者: 在宅での介護はどのくらい期待できるか。</p> <ol style="list-style-type: none"> 家族等による介護が期待できる ある程度、家族等による介護が期待できる 家族等による介護は困難である(介護者の仕事、病気、高齢、育児、家族等がない等の理由により) <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

数値を記入する

該当するものをすべてチェック

XIV. 薬剤

過去 24 時間に与薬した薬剤を記入例に従ってご記入下さい。

<記入上のご注意>

- 「薬剤名」欄：商品名で正確に記入下さい（mg 数、%数など）。とりわけ散剤の場合 1 パック当たりの量(g 数)まで正確にご記入下さい。
- 「剤形」欄：内服薬の場合、錠剤、カプセル剤、散剤、液剤の別、外用剤の場合、軟膏、クリーム、点眼剤などの別、注射剤の場合、アンプル、キット、輸液などの別をご記入下さい。
- 「1 日量」：1 日あたりの各剤形の投与量（錠数、カプセル数など）をご記入下さい（ただし「外用薬」については記入不要です）。頓服薬の場合は、その平均値をご記入下さい。

与薬日数：**過去 7 日間**に与薬した日数を記入（3 日前からの場合「3」、毎日の場合は「7」と記入）。

薬剤名（商品名）	剤形	1 日量	与薬日数
記入例：ガスター-D 10mg	錠剤	2T	7 日
チエナム点滴用 500mg キット	キット	1 個	3 日
PL 顆粒	散剤	3g	5 日
リンデロン-VG 軟膏 0.12%	軟膏		7 日

薬剤名（商品名）	剤形	1 日量	与薬日数
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日
			日

■. 処方箋

過去7日間の、注射薬や外用薬を含む処方箋について、コピーを貼って下さい。

のり、またはホチキスで貼付

(大きさがあわない場合にもそのままお貼り下さい)

XV. 衛生材料等

下記の材料について、病棟内で使用した数を記入して下さい。使用していない場合には「空欄」、使用しているが期間内（過去3日間）に交換しなかった場合には「0」を記入して下さい。

■ その他の材料・物品 (過去3日間)

○ ガーゼ	
○ 布オムツ	
○ 紙オムツ	
○ 尿とりパット	
○ ディスポシリンジ	
○ ディスポ手袋	
○ ディスポマスク	
○ ディスポエプロン	
○ おしぼり(タオル)	
○ 流動食用バッグ	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	
○ その他()	

XVI. 特定保険医療材料

下記の材料について、**病棟内**で使用した数を記入して下さい。使用していない場合には「空欄」、使用しているが期間内（過去30日間）に交換しなかった場合には「0」を記入して下さい。

なお、下記の材料以外を使用されている場合には「その他」の欄に名称を記入の上、使用数を入れて下さい。

■特定保険医療材料（過去30日間）

特定保険医療材料名 厚生労働省告示第96号（平成18年3月6日）より		病棟内で 過去30日 以内に 使用した数
1	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ 胸腔用 ・ 一般型 ・ 軟質型 （略：吸引留置カテ・胸腔用Ⅰ）	
2	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ 胸腔用 ・ 一般型 ・ 硬質型 （略：吸引留置カテ・胸腔用Ⅱ）	
3	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ 胸腔用 ・ 抗血栓性 （略：吸引留置カテ・胸腔用抗血栓）	
4	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ 心嚢・縦隔穿刺用 （略：吸引留置カテ・穿刺型）	
5	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ 肺全摘術後用 （略：吸引留置カテ・肺全摘用）	
6	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ 創部用 ・ 軟質型 （略：吸引留置カテ・創部用Ⅰ）	
7	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ 創部用 ・ 硬質型 （略：吸引留置カテ・創部用Ⅱ）	
8	吸引留置カテーテル ・ 能動吸引型 ・ サンプドレーン （略：吸引留置カテ・サンプ）	
9	吸引留置カテーテル ・ 受動吸引型 ・ フィルム・チューブドレーン ・ フィルム型 （略：吸引留置カテ・フィルム・チューブⅠ）	
10	吸引留置カテーテル ・ 受動吸引型 ・ フィルム・チューブドレーン ・ チューブ型 （略：吸引留置カテ・フィルム・チューブⅡ）	
11	吸引留置カテーテル ・ 受動吸引型 ・ 胆膵用 ・ 胆管チューブ （略：吸引留置カテ・胆膵用Ⅰ）	
12	吸引留置カテーテル ・ 受動吸引型 ・ 胆膵用 ・ 胆嚢管チューブ （略：吸引留置カテ・胆膵用Ⅱ）	
13	吸引留置カテーテル ・ 受動吸引型 ・ 胆膵用 ・ 膵管チューブ （略：吸引留置カテ・胆膵用Ⅲ）	
14	栄養カテーテル ・ 経鼻用 ・ 一般用 （略：栄養カテ・経鼻・一般型）	
15	栄養カテーテル ・ 経鼻用 ・ 経腸栄養用 （略：栄養カテ・経鼻・経腸型）	
16	栄養カテーテル ・ 経鼻用 ・ 特殊型 （略：栄養カテ・経鼻・特殊型）	
17	栄養カテーテル ・ 腸瘻用 （略：栄養カテ・腸瘻型）	
18	胃管カテーテル ・ シングルルーメン （略：胃管カテ・シングル型）	
19	胃管カテーテル ・ ダブルルーメン ・ 標準型 （略：胃管カテ・ダブル・標準型）	
20	胃管カテーテル ・ ダブルルーメン ・ 特殊型 （略：胃管カテ・ダブル・特殊型）	
21	胃管カテーテル ・ マグネット付き （略：胃管カテ・特殊型）	
22	交換用胃瘻カテーテル ・ 胃留置型 ・ ハンパー型 （略：胃瘻カテⅠ）	
23	交換用胃瘻カテーテル ・ 胃留置型 ・ ハルーン型 （略：胃瘻カテⅡ）	
24	交換用胃瘻カテーテル ・ 小腸留置型 （略：胃瘻カテⅢ）	
25	インスリン製剤注射用ディスプレイサブル注射器	
26	プラスチックカニューレ型静脈内留置針	
27	万年筆型インスリン注入器用注射針	
28	フィルム（画像診断用）	

次ページへ続く⇒

特定保険医療材料名 厚生労働省告示第96号(平成18年3月6日)より		病棟内で 過去30日 以内に 使用した数
29	中心静脈用カテーテル・標準型・シングルルーメン・スルーザカニューラ型 (略:中心静脈カテ・標準・Ⅰ)	
30	中心静脈用カテーテル・標準型・シングルルーメン・セルジンガー型 (略:中心静脈カテ・標準・Ⅱ)	
31	中心静脈用カテーテル・標準型・マルチルーメン・スルーザカニューラ型 (略:中心静脈カテ・標準・Ⅲ)	
32	中心静脈用カテーテル・標準型・マルチルーメン・セルジンガー型 (略:中心静脈カテ・標準・Ⅳ)	
33	中心静脈用カテーテル・抗血栓性型 (略:中心静脈カテ・抗血栓性)	
34	中心静脈用カテーテル・極細型 (略:中心静脈カテ・極細)	
35	中心静脈用カテーテル・カフ付き (略:中心静脈カテ・カフ)	
36	気管内チューブ・カフあり・カフ上部吸引機能あり (略:気管内・吸引あり)	
37	気管内チューブ・カフあり・カフ上部吸引機能なし (略:気管内・吸引なし)	
38	気管内チューブ・カフなし (略:(略:気管内・カフなし)	
39	皮膚欠損用創部被覆材	
40	経管栄養セット	
41	その他 ()	
42	その他 ()	
43	その他 ()	
44	その他 ()	
45	その他 ()	
46	その他 ()	
47	その他 ()	
48	その他 ()	
49	その他 ()	
50	その他 ()	
51	その他 ()	
52	その他 ()	
53	その他 ()	
54	その他 ()	
55	その他 ()	
56	その他 ()	
57	その他 ()	
58	その他 ()	
59	その他 ()	
60	その他 ()	