

(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) 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 平成 年 月 日 ・ 退院年月日 平成 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 (平成 年 月 日 ~ 平成 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 (平成 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

平成 年 月 日

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生

【留意事項】

- 1 月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時)に必ず患者の状態等に応じて、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には、該当日に「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。
2 頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。

I 算定期間に限りがある区分

Table with columns for medical division (医療区分3, 医療区分2) and days of the month (1-31). Rows list various medical conditions like '24時間持続して点滴を実施している状態' and '尿路感染症に対する治療を実施している状態'.

II 算定期間に限りがない区分

Table with columns for medical division (医療区分3, 医療区分2) and days of the month (1-31). Rows list conditions like '10 スモン', '12 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態', '19 筋ジストロフィー症', '20 多発性硬化症', etc.

Summary table with columns for medical division (医療区分3, 医療区分2) and days of the month (1-31). Rows are labeled '医療区分3の該当有無', '医療区分2の該当有無', and '医療区分3・2いずれも0(医療区分1)'.

Ⅲ ADL区分評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時)に、必ず各項目に評価点(0~6)を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

	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
a ベッド上の可動性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b 移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c 食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d トイレの使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL得点(合計得点0~24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院した場合には、入院時)に、必ずⅠ~Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

医療区分の評価

ADL区分の評価

	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
A 医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 医療区分2 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 医療区分1 医療区分2の該当項目数が0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 医療区分3 医療区分3・2いずれの該当項目数も0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 医療区分2 医療区分2・1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

主治医

(印)

注1

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)

ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

エ 平成20年3月31日において現に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のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)(別表第五の二の患者は除く。)

ウ 平成20年3月31日において現に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のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等(別表第五の二の患者は除く。)



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)	①	②	③
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、リラクセーション) <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> その他			
備考			
説明日			
		年	月 日
本人の署名		家族の署名 (続柄 )	
主治医		精神科医	
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師			

## 児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 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	平成 年 月 日 ( 曜日)	入院 形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 措置入院	<input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> その他
主 訴	患者 :			
	家族(父・母・その他 ) :			
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	臨床心理技術者	その他

### 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 (                      )
--	---

上記説明を受けました。 平成 年 月 日 本人サイン \_\_\_\_\_ 保護者サイン \_\_\_\_\_

(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治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、臨床心理技術者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)

(別紙様式5)

栄養管理計画書

計画作成日 \_\_\_\_\_

フガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 (男・女)

病棟 \_\_\_\_\_

明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

担当医師名 \_\_\_\_\_

入院日； \_\_\_\_\_

担当管理栄養士名 \_\_\_\_\_

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
・エネルギー kcal ・たんぱく質 g	食事内容
・水分	留意事項
・	
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 月 日	
退院時及び終了時の総合的評価	



(別紙様式6)

## 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
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 れる社会福祉サービ ス 等	

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。

\_\_\_\_\_  
(退院支援計画担当者)

印

\_\_\_\_\_  
(本人)

(別紙様式 7)

亜急性期入院医療管理診療計画書  
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 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ものである。

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)

印

(別紙様式8)

## 短期滞在手術同意書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病 名	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
手術後に起こりうる 症状とその際の対処	

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

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をうけることに同意します。

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印

( )

(


	cm	kg	kg	1	%	mg/dl
	kg		cm			%
	cm		mmHg	HDL		mg/dl
				DL		mg/dl
	[ ]					
	[ ]					
						担当者の氏名 (印)
	30		1	or	/	or
						担当者の氏名 (印)
						担当者の氏名 (印)
						担当者の氏名 (印)
						担当者の氏名 (印)
						担当者の氏名 (印)

患者署名

医師氏名 (印)

( )

(


--

kg	kg		mg/dl
cm	cm	1	%
	mmHg	HDL	mg/dl
		DL	mg/dl

[	]
[	]
	医師氏名 (印)

	担当者の氏名 (印)
--	------------

30	1	or	/	or	担当者の氏名 (印)
----	---	----	---	----	------------

	担当者の氏名 (印)
--	------------

	担当者の氏名 (印)
--	------------

	担当者の氏名 (印)
--	------------

--	--

患者署名
------

医師氏名 (印)
----------

## 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※ 得点：0～19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点

点

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称  
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 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

- 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。

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  
医師氏名

患者氏名
性別 ( 男 ・ 女 )      生年月日      明・大・昭      年      月      日生 (      歳)      職業
住所
電話番号

診 療 形 態	1. 外来    2. 往診    3. 入院 (平成 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. クモ膜下出血		
	4. その他の脳血管障害		
	発 症 年 月 日	平成 年 月 日	
	受 診 年 月 日	平成 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

痴呆性老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの痴呆を有するが、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、行動や意志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、行動や意志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、行動や意志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

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. わかりやすく記入すること。  
3. 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。




\_\_\_\_\_


(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 ( 歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

# 本日の診療内容の要点

(診察日:           年           月           日)

患者氏名	(男・女)
生年月日; 明・大・昭	年   月   日

診療所	担当医師氏名
連絡先	

<b>本日の診療について</b> 血圧 (        /        mmHg) 体温 発熱 有(        °C)・無 脈拍等その他の所見	<b>次回受診日時</b> 月   日 ( ) 時   分
<b>毎日の生活での留意事項</b>  	<b>本日のお薬</b>  
<b>今日の検査</b> <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図	次回に当院で予定している検査等 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他(            )
<input type="checkbox"/> 検尿   結果(   月   日頃) <input type="checkbox"/> 血液検査結果   結果(   月   日頃) <input type="checkbox"/> その他(            ) <input type="checkbox"/> その他(            )	<b>他院での診療状況</b> (他院での指導について記入してください)
	<b>疾病に関する疑問・質問</b> (先生に聞きたいことがあれば記入下さい)

# 後期高齢者診療計画書

(別紙様式15)

(記入日: 年 月 日)

患者氏名	(男・女)
生年月日; 明・大・昭	年 月 日

診療所	担当医師氏名
連絡先	

<b>病名</b> 主病( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		<b>他に定期的に受診している医師</b> 病名( )( 診療所 先生) 病名( )( 診療所 先生) 病名( )( 病院 先生) 病名( )( 病院 先生)			
<b>年間検査のスケジュール</b>		<b>当院の連携医療機関</b> (緊急時の入院先) 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先  その他留意事項			
	<b>4月～6月</b> <small>月 日作成</small>		<b>7月～9月</b> <small>月 日作成</small>	<b>10月～12月</b> <small>月 日作成</small>	<b>1月～3月</b> <small>月 日作成</small>
身体計測 <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活機能を含めた評価 <small>(年2回以上)</small>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心電図 <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検尿 <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査 <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>治療方針等</b>		<b>要介護度</b> 要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5 他の保健医療・福祉サービスの担当者			
		患者署名			

(別紙様式16)

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(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話 ( ) -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
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. 3. 4. 5. 6.
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援 要介護 (1 2 3 4 5)
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(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. ドレーン(部位: ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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. リハビリテーション 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 不在時の対応法		
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 )		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX.)  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式 17)

精神訪問看護指示書 (基本療養費Ⅱ)

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
患者住所	電話 ( ) -	施設名
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療 状況	
	投与中の薬剤 の用量・用法	
	病 識	
	日常生活 自立度	認知症の状況 ( I II a II b III a III b IV M )
治療の目標		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項  1 生活習慣、生活リズムの確立  2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得  3 対人関係の改善  4 社会資源活用の支援  5 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
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。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X . )  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式18)

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 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
病状・主訴	
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。

平成 年 月 日

医療機関名  
電 話  
(F A X. )  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

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 \_\_\_\_\_

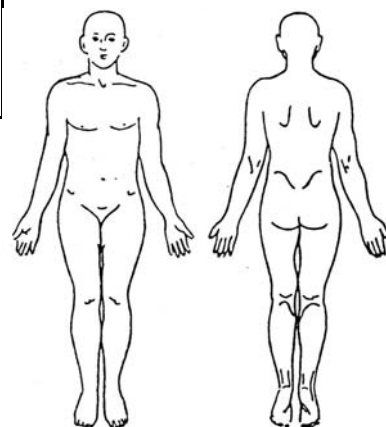
- 1) 精神状態 a) 意識 : 清明、異常 ( )  
 Japan coma scale ( 1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300 )  
 Glasgow coma scale ( E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total )
- b) 感情・気分 : 正常、異常 ( )
- c) 見当識 : 正常、障害(時間、場所、人)
- d) 検査への協力 : 協力的、非協力的
- e) 計算 : 100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 =
- f) 数字の逆唱 : 286, 3529
- g) 失行 ( ), 失認 ( )
- 2) 言語 正常、失語( ), 構音障害( ), 嚙声
- 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、乳頭萎縮	
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
味覚	正常、障害( )	
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
僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏位	(-) (+) (偏位: 右 左)	
舌萎縮	(-) (+)	(-) (+)

- 5) 運動
- a) 筋ト一ヌス 上肢(右・左、正常 痙直 固縮 低下) その他( )  
下肢(右・左、正常 痙直 固縮 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) 筋力 正常、低下、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	上肢バレー	(-)	(+)	(-)	(+)
伸展	C1~T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	下肢バレー	(-)	(+)	(-)	(+)
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					
屈曲	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					
腓腹筋	S1,2	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					

筋萎縮・感覚



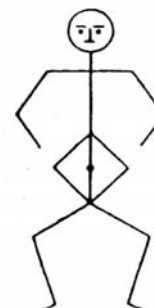
- 6) 感覚
- a) 触覚 正常、障害(部位: )
  - b) 痛覚 正常、障害(部位: )
  - c) 温度覚(温・冷) 正常、障害(部位: )
  - d) 振動覚 正常、障害(部位: )
  - e) 位置覚 正常、障害(部位: )
  - f) その他( ) 正常、障害(部位: )

7) 反射

	右		左			右		左		他病的反射	右		左	
下顎					膝蓋腱						(-)	(+)	(-)	(+)
上腕二頭筋					アキレス腱						(-)	(+)	(-)	(+)
上腕三頭筋					腹壁 上						(-)	(+)	(-)	(+)
腕とう骨筋					下						(-)	(+)	(-)	(+)
ホフマン	(-)	(+)	(-)	(+)	バビンスキー	(-)	(+)	(-)	(+)	膝クローヌ	(-)	(+)	(-)	(+)
トレムナー	(-)	(+)	(-)	(+)	チャドック	(-)	(+)	(-)	(+)	足クローヌ	(-)	(+)	(-)	(+)

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
測定			正常、異常	正常、拙劣
反復拮抗運動			正常、拙劣	正常、拙劣



- 9) 髄膜刺激症状 項部硬直 (-) (+)、ケルニツヒ徴候 (-) (+)
- 10) 脊柱 正、側弯、前弯、後弯 ラゼーグ徴候 (-) (+)  
叩打痛 (-) (+) 運動制限 (-) (+)
- 11) 自律神経症状 排尿機能 正常、異常( )、排便機能 正常、異常( )  
起立性低血圧 (-) (+)、発汗機能 正常、異常( )
- 12) 起立、歩行 ロンベルグ徴候 (-) (+)、マン徴候 (-) (+)  
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

署名 \_\_\_\_\_

(別紙様式20)

平成 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。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄: )

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要



リハビリテーション実施計画書

				( )					
				T			ST		
J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				, a b a b , ,					

		( )	
JCS GCS			

ADL B I				( )	
0 0					




(




--

--

	_____
	PT OT ST _____
	_____
	_____



(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る届出添付書類

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)	脳血管疾患等リハビリテーション料 I ・ II ・ III
1 廃用をもたらすに至った 要因	
2 臥床・活動性低下の期間	
3 廃用に陥る前のADL	
4 廃用の内容	
5 介入による改善の可能性	
6 改善に要する 見込み期間	
7 前回の評価からの 改善や変化	

【記載上の注意】

- 1 「1」の要因については、原因疾患等について記載すること。
- 2 「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて記載すること。
- 3 「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。
- 4 「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについて記載すること。
- 6 「6」については、「5」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。





--	--

--	--	--	--	--	--	--

1 11 18 102 2  
2 J1,J2,A1,A2,B1,B2,C1 C2 5 10 26  
3 135 , a b a b M  
4 " " " "

リハビリテーション総合実施計画書

				( )					
				T			ST		
J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				, a b a b , ,					

				①				—	
JCS GCS									
ADL (B. I.)				( )					
0 0									


(別紙様式24)

(精神科)退院療養計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

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

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

## 酸素の購入価格に関する届出書 (平成 年度)

### 1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
計								
単価								

### 2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合 (当該診療月前の酸素の購入実績)

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

### 3 その他

購入業者名	種類 (液化酸素、ボンベ)

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

医療機関コード	
---------	--

保険医療機関

所在地  
名称  
開設者

印

地方社会保険事務局長 殿

#### [記載上の注意事項]

- 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。
- 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。

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

\* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

（患者氏名） 印

（家族等氏名） 印

（患者との続柄： ）

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要