

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: 15%; text-align: right;">→</td> <td style="width: 35%;">舌の乾燥</td> <td style="width: 10%;">0. なし</td> <td style="width: 10%;">1. あり</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">→ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">→</td> <td>皮膚の乾燥</td> <td>0. なし</td> <td>1. あり</td> <td style="text-align: right;">→ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">→</td> <td>尿量減少</td> <td>0. なし</td> <td>1. あり</td> <td style="text-align: right;">→ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">→</td> <td>BUN/Cre 比の上昇</td> <td>0. なし</td> <td>1. あり</td> <td style="text-align: right;">→ <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

<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、带状疱疹）</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: 40px; 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

XII. 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</p> <p>b. 透析</p> <p>c. 胃瘻、腎瘻、人工肛門などの瘻の処置</p> <p>d. ドレーン法・胸腹腔洗浄</p> <p>e. 酸素療法</p> <p>→ 安静時で $SaO_2$90%以下に該当 0. なし 1. あり</p> <p>→ 睡眠時で $SaO_2$90%以下に該当 0. なし 1. あり</p> <p>→ 運動負荷時で $SaO_2$90%以下に該当 0. なし 1. あり</p> <p>f. 放射線治療</p> <p>g. 吸引</p> <p>→ 調査基準日の24時間に行った回数</p> <p>→ 過去7日間のうち1日の最大回数</p> <p>→ 過去7日間のうち1日の最小回数</p> <p>h. 気管切開口・気管内挿管のケア</p> <p>i. 輸血</p> <p>j. レスピレーター</p> <p>k. 緩和ケア</p> <p>l. 疼痛コントロール</p> <p>m. 膀胱留置カテーテル</p> <p>n. 感染隔離病室におけるケア</p> <p>o. 血糖チェック</p> <p>→ 調査基準日の24時間に行った回数</p> <p>→ 過去7日間のうち1日の最大回数</p> <p>→ 過去7日間のうち1日の最小回数</p> <p>p. インスリン皮下注射 (自己注射は除く)</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>→ <input type="checkbox"/></p> <p>→ <input type="checkbox"/></p> <p>→ <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>→ <input type="text"/></p> <p>→ <input type="text"/></p> <p>→ <input type="text"/></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>l <input type="checkbox"/></p> <p>m <input type="checkbox"/></p> <p>n <input type="checkbox"/></p> <p>o <input type="checkbox"/></p> <p>→ <input type="text"/></p> <p>→ <input type="text"/></p> <p>→ <input type="text"/></p> <p>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</p> <p>b. 抗不安薬</p> <p>c. 抗うつ薬</p> <p>d. 催眠薬</p>	<p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>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; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><選択肢> 0. 使用しなかった 1. 毎日使用しなかった 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> <p style="text-align: right;"><input style="border: 1px dashed black; width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>
<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. CT d <input type="checkbox"/></p> <p>e. MRI 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> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<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

■. 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)

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・サンフ)	
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 ・ バンパー型 (略:胃瘻カテⅠ)	
23	交換用胃瘻カテーテル ・ 胃留置型 ・ バルーン型 (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イスホーサブル注射器	
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 ・ スルーサカニューラ型 (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 ・ スルーサカニューラ型 (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 ()	