

(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	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 5. 入院日	※いずれかに○ 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 6. 当該病棟への転入日	※いずれかに○ 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)	<b>【入院基本料Eにおける包括項目の出来高算定状況】</b> 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"/>
	<b>【重症皮膚潰瘍管理加算の算定状況】</b> 1. 算定していない 2. 算定している <input type="checkbox"/>
	<b>【栄養管理実施加算の算定状況】</b> 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><b>【療養病棟療養環境加算の算定状況】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>算定していない</li> <li>算定している（加算4：①1床 6.0 m<sup>2</sup>以上、②機能訓練室、③1人当たり1 m<sup>2</sup>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)</li> <li>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 m<sup>2</sup>以上、⑧40 m<sup>2</sup>以上の機能訓練室、の条件を満たしている場合)</li> <li>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)</li> <li>算定している（加算1：③～⑨の条件に加え、⑩1人当たり 16 m<sup>2</sup>以上の病棟床面積、の条件を満たしている場合)</li> </ol> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
	<p><b>【包括外(出来高)の投薬の算定有無】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>算定していない</li> <li>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〕</li> </ol> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
	<p><b>【包括外(出来高)の注射の算定有無】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>算定していない</li> <li>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)〕</li> </ol> <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、オリーブ橋小脳萎縮症、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</p>	<p><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 2. 疾病の急性増悪 3. 継続的な高度の医療管理が必要 4. 継続的なリハビリが必要 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 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 7. 本人、家族等が希望するため</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 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</p>	<p><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</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

<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 <input type="checkbox"/> 0. はい <input type="checkbox"/> 1. いいえ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">※「1. いいえ」の場合は、記入後「Ⅱ. 記憶」へ</p>
	<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> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
	<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> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <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> <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

## 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。</p> <p>0. 意識障害者ではない(「2.記憶」へ進む)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>0. 自                      立：首尾一貫して理にかなった判断ができる</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>&lt;選択肢&gt;</p> <p>0. このようなことはなかった</p> <p>1. あったが、最近始まったのではない</p> <p>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、見間違い、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)。</p> <p>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： 言葉を見つけたり、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： 言葉を見つけたり、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たたり、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>&lt;選択肢&gt;</p> <p>0. 過去3日間観察されていない</p> <p>1. 1、2日観察された</p> <p>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)</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)</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)</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)</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」といつてもらいたい)</p> <p>f. 悲しみ、苦悩、心配した表情 (たとえば、しかめっ面)</p> <p>g. 何回も泣いたり涙もろい</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>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>&lt;選択肢&gt;</p> <p>0. このような行動はなかった</p> <p>1. 1日みられた</p> <p>2. 2日みられた</p> <p>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</p> <p>b. 暴言：他者をおびやかす、どなる、ののしる</p> <p>c. 暴行：他者を打つ、押す、ひっかく、性的に虐待する</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くる、放り投げる、貯め込む、他者の物をかきまわす、異食</p> <p>e. ケアに対する抵抗：服薬、注射、ADL 介助、食事を拒否</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>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</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

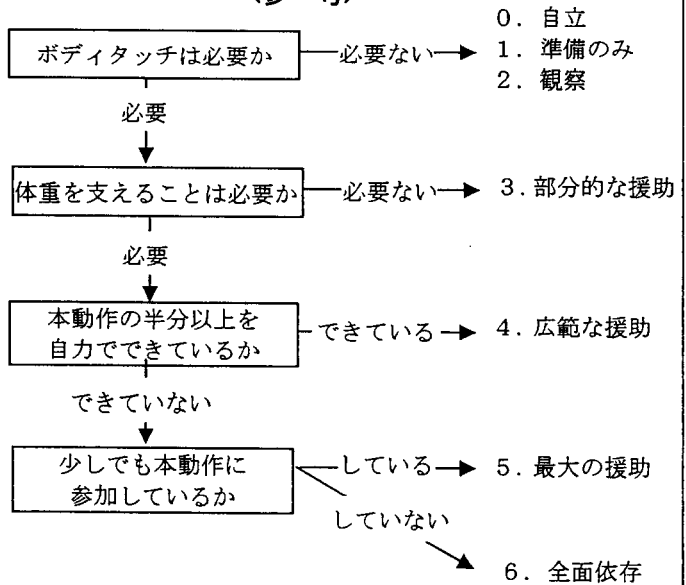
# V. 身体機能と機能問題

## 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へ移動するか（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（髪をとく、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） (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	(A) <input type="text"/> (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>	<input type="checkbox"/>
<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>	<input type="checkbox"/>
<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>	<input type="checkbox"/>
<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>	<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

# 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. 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 ハンチントン舞蹈病 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	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"/>	

(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 オリーブ・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</p> <p>→ 白血球尿 (&gt;10/HPF)    0. なし      1. あり</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>→ <input type="checkbox"/></p> <p>→ <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>3. その他の 傷病名</p>	<p>a. 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="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