

## 別添6

### <通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙のとおりである。

なお、当該別紙は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されていれば、当該別紙と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙9、11、15は欠番である。

## 入院診療計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

|                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| 病棟（病室）                              |                |
| 主治医以外の担当者名                          |                |
| 在宅復帰支援担当者名 *                        |                |
| 病名<br>(他に考え得る病名)                    |                |
| 症状                                  |                |
| 治療計画                                |                |
| 検査内容及び日程                            |                |
| 手術内容及び日程                            |                |
| 推定される入院期間                           |                |
| 特別な栄養管理の必要性                         | 有 ・ 無 (どちらかに○) |
| その他の<br>・看護計画<br>・リハビリテーション<br>等の計画 |                |
| 在宅復帰支援計画 *                          |                |
| 総合的な機能評価 ◇                          |                |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

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。

注3) \*印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあつては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

\_\_\_\_\_(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_(本人・家族) \_\_\_\_\_

入院診療計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

|  |                       |
|--|-----------------------|
| 病棟 (病室)                                      |                       |
| 主治医以外の担当者名                                   |                       |
| 病名<br>(他に考え得る病名)                             |                       |
| 症状<br>治療により改善<br>すべき点等                       |                       |
| 全身状態の評価<br>(ADLの評価を含む)                       |                       |
| 治療計画<br>(定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)     |                       |
| リハビリテーションの計画<br>(目標を含む)                      |                       |
| 栄養摂取に関する計画                                   | (特別な栄養管理の必要性: 有 ・ 無 ) |
| 感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策<br>(予防対策を含む)            |                       |
| その他<br>・ 看護計画<br>・ 退院に向けた支援計画<br>・ 入院期間の見込み等 |                       |

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

(本人・家族) \_\_\_\_\_

## 褥瘡対策に関する診療計画書

氏名                                  殿 男 女病棟                                 計画作成日                         

明・大・昭・平 年 月 日 生 ( 歳 )

記入医師名                                 記入看護師名                                 褥瘡の有無  
1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他( ))  
2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他( ))褥瘡発生日                         

&lt;日常生活自立度の低い入院患者&gt;

| 危険因子の評価           | 日常生活自立度                | J(1, 2) | A(1, 2) | B(1, 2) | C(1, 2) | 対処 |                                     |
|-------------------|------------------------|---------|---------|---------|---------|----|-------------------------------------|
|                   | ・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) |         |         | できる     | できない    |    | 「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する |
|                   | (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)       |         |         | できる     | できない    |    |                                     |
|                   | ・病的骨突出                 |         |         | なし      | あり      |    |                                     |
|                   | ・関節拘縮                  |         |         | なし      | あり      |    |                                     |
|                   | ・栄養状態低下                |         |         | なし      | あり      |    |                                     |
| ・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁) |                        |         | なし      | あり      |         |    |                                     |
| ・浮腫(局所以外の部位)      |                        |         | なし      | あり      |         |    |                                     |

&lt;褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者&gt;

| 褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR) | 深さ  | (0)なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能の場合 |                               |                      |                             |                 |                  | 合計点 |           |
|---------------------|---|--|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------|------------------|-----|-----------|
|                     | 滲出液   | (0)なし (1)少量:毎日の交換を要しない   |                               | (3)中等量:1日1回の交換       |                             | (6)多量:1日2回以上の交換 |                  |     |           |
|                     | 大きさ(cm <sup>2</sup> )<br>長径×長径に直行する最大径              | (0)皮膚損傷なし  | (3)4未満                        | (6)4以上16未満           | (8)16以上36未満                 | (9)36以上64未満     | (12)64以上100未満    |     | (15)100以上 |
|                     | 炎症・感染   | (0)局所の炎症徴候なし   | (1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) |                      | (3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭) |                 | (9)全身的影響あり(発熱など) |     |           |
|                     | 肉芽形成<br>良性肉芽が占める割合                                  | (0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能   | (1)創面の90%以上を占める               | (3)創面の50%以上90%未満を占める | (4)創面の10%以上50%未満を占める        | (5)創面の10%未満を占める | (6)全く形成されてない     |     |           |
|                     | 壊死組織  | (0)なし  | (3)柔らかい壊死組織あり                 |                      | (6)硬く厚い密着した壊死組織あり           |                 |                  |     |           |
|                     | ポケット(cm <sup>2</sup> )<br>(ポケットの長径×長径に直行する最大径)×潰瘍面積 | (0)なし  | (6)4未満                        | (9)4以上16未満           | (12)16以上36未満                |                 | (24)36以上         |     |           |

| 看護計画      | 留意する項目   | 計画の内容 |  |  |
|-----------|--|-------|--|--|
|           | 圧迫、ズレカの排除<br><br>(体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) | ベッド上  |  |  |
|           |  | イス上   |  |  |
|           | スキンケア  |       |  |  |
|           | 栄養状態改善   |       |  |  |
| リハビリテーション |  |       |  |  |

【記載上の注意】

- 日常生活自立度の判定に当たっては、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成33年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。