

入院医療等における実態調査
入院患者票 (A票)

施設 I D :

病棟 I D :

患者 I D :

I 患者の基本情報

1 性別	01. 男性 02. 女性		
2 生年月	西暦 _____ 年 _____ 月		
3 主傷病 および副傷病 (疾病コード)	01. 主傷病	02. 副傷病 1	03. 副傷病 2
4 ①入院年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
②入棟年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
5 入院前の世帯構成	01. 単身世帯	04. その他同居あり (65 歳以上のみ)	
	02. 夫婦のみ世帯 (65 歳以上のみ)	05. その他同居あり (65 歳未満含む)	
	03. 夫婦のみ世帯 (65 歳未満含む)		
6 入棟前の場所	01. 自宅	08. 介護療養型医療施設	
	02. 自院の急性期病床	09. 介護老人保健施設	
	03. 自院の地域包括ケア・回復期病床	10. 介護老人福祉施設 (特養)	
	04. 自院の慢性期病床	11. 居住系介護施設	
	05. 他院の急性期病床	12. 障害者支援施設	
	06. 他院の地域包括ケア・回復期病床	13. その他	
	07. 他院の慢性期病床		
7 入院前に利用していた 医療・介護サービス (該当するもの全てを選択)	01. 医療機関の外来診療	09. 短期入所生活介護	
	02. 医療機関の訪問診療	10. 短期入所療養介護	
	03. 訪問看護	11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	04. 訪問リハビリテーション	12. 夜間対応型訪問介護	
	05. 通所リハビリテーション	13. 認知症対応型通所介護	
	06. 訪問介護	14. 複合型サービス	
	07. 訪問入浴介護	15. 福祉用具貸与	
	08. 通所介護	16. その他	
8 自宅の介護力	01. 介護の必要がないので、自宅の介護力を把握していない		
	02. 介護ができる人がいない		
	03. 介護ができる人がいる (夜間のみ)		
	04. 介護ができる人がいる (日中のみ)		
	05. 介護ができる人がいる (日中、夜間いずれも)		
	06. 不明		
	07. その他 (_____)		
9 予定・緊急入院区分	01. 予定入院	03. 緊急入院 (外来の再診後)	
	02. 緊急入院 (外来の初診後)	04. 緊急入院 (救急車等)	
10 入院の理由 (主なものを 1 つ選択)	01. 治療のため	04. 患者教育のため	
	02. リハビリテーションのため	05. 緩和ケアのため	
	03. 検査及び確定診断のため	06. その他 (_____)	

II 患者の状態等

1 患者状態の評価の実施日 (調査基準日)	西暦_____年_____月_____日 (調査基準日)				
2 認知症の有無	01. 認知症あり		02. 認知症なし		
《2で「01」を選択した場合に回答》					
2 - 1 BPSD の有無	01. BPSD あり			02. BPSD なし	
3 要介護度	01. 未申請等	03. 不明	05. 要支援 2	07. 要介護 2	09. 要介護 4
	02. 非該当	04. 要支援 1	06. 要介護 1	08. 要介護 3	10. 要介護 5
4 認知症である老人の日常生活自立度	01. 自立	03. II a	05. III a	07. IV	
	02. I	04. II b	06. III b	08. M	
5 障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	01. 自立	03. J 2	05. A 2	07. B 2	09. C 2
	02. J 1	04. A 1	06. B 1	08. C 1	
6 栄養摂取の状況	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ				
《6で「02」または「03」を選択した場合に回答》					
6 - 1 経管・経静脈栄養 の状況	01. 経鼻胃管		03. 末梢静脈栄養		
	02. 胃瘻・腸瘻		04. 中心静脈栄養		
7 疾患及び状態					
7 - 1 疾患 (該当するもの全てを選択)	01. スモン 02. 筋ジストロフィー 03. 多発性硬化症 04. 筋萎縮性側索硬化症 05. パーキンソン病関連疾患 06. その他の難病（神経系） → a 神経系 → b 神経系以外 07. 脊髄損傷 08. 脳性麻痺 09. 片麻痺 10. 四肢麻痺 11. 播種性血管内凝固症候群（DIC） 12. 敗血症 13. 急性腹症 14. 脳梗塞 15. 脳出血 16. 無動症 17. 悪性腫瘍 → a 痛みコントロールが必要 → b 余命 3か月以内 18. 心不全（高度非代償性） 19. 心筋梗塞 20. 肝不全（腹水高度、NH4CL120mg/dl 以上） 21. 髄膜炎 22. 肺血栓塞栓症 23. 慢性閉塞性肺疾患（COPD） 24. 肺炎 25. 喘息重積発作 26. 尿路感染症 27. 骨折・外傷				
7 - 2 状態 (該当するもの全てを選択)	01. 医師及び看護師による常時監視・管理 02. 感染隔離室における管理 03. 意識障害（JCS II-3 以上又は GCS 8点以下） 04. 意識障害（JCSIII-100 以上） 05. せん妄（術後） 06. せん妄（術後以外） 07. 鬱状態 08. 体内出血 09. 脱水（発熱あり） 10. 頻回の嘔吐（発熱あり） 11. 褥瘡（皮膚層の喪失又は複数箇所） 12. 暴行				

III 患者の受療状況等

1 入院中の手術の実施状況	01. 手術を実施した 02. 手術は実施していない	
《1で「01」を選択した場合に回答》		
1 - 1 手術の方法等	01. 開頭術 → (実施日 _____)	04. 骨の観血的手術 → (実施日 _____)
	02. 開胸術 → (実施日 _____)	05. 胸腔鏡・腹腔鏡を用いた手術 → (実施日 _____)
	03. 開腹術 → (実施日 _____)	06. その他の手術 → (実施日 _____)
	2 内服薬の種類 過去 7 日間に内服した薬剤 _____ 種類	
3 リハビリ担当者による個別機能訓練	01. 個別リハビリテーションを受けている 02. 個別リハビリテーションを受けていない	
《3で「01」を選択した場合に回答》		
3 - 1 頻度	平均 _____ 回／週 ※1週間当たりの平均回数を記入してください。	
3 - 2 単位数	平均 _____ 単位／回 ※1回当たりの平均単位数を記入してください。	
4 過去 7 日間に実施した検査の件数	① 検体検査 (尿・血液等) <u>過去 7 日間</u> 件 ② 生体検査 (超音波・内視鏡等) <u>過去 7 日間</u> 件 ③ X線単純撮影 <u>過去 7 日間</u> 件 ④ C T・M R I <u>過去 7 日間</u> 件 ※検査を実施していない場合は、“0”を記入してください。	
5 医療行為・処置等 (該当するもの全てを選択)	01. 人工呼吸器の使用 02. 人工呼吸器の抜管後 1 週間以内 03. 気管切開・気管内挿管 → a 発熱あり → b 発熱なし 04. 酸素療法 05. ドレーン法 → a 脳室・脳槽・脊椎くも膜下腔 → b 胸腔・腹腔・胆道 → c 関節腔 → d 皮下・硬膜下 06. 咳痰吸引 (1 日 8 回以上) 07. 体位ドレナージ・スクウェーリング 08. 観血的動脈圧測定 09. カテーテル検査・治療 (動脈穿刺) → (実施日 _____) 10. 血漿交換療法 → (実施日 _____) 11. 血栓溶解療法 (t-PA 療法) → (実施日 _____) 12. 内視鏡検査・治療 (粘膜切除) → (実施日 _____) 13. 24 時間持続点滴 14. 透析 15. 血糖測定 (1 日 3 回以上) 16. 胸腹腔洗浄 17. 膀胱カテーテル → a 血尿あり → b 血尿なし 18. 末梢循環障害による下肢末端開放創 19. 創傷処置 (皮膚潰瘍・手術創・創傷) → a 難治性皮膚潰瘍 → b 手術創 → c 手術創以外の創傷 20. 褥瘡処置 21. 中心静脈栄養 22. 経管栄養 (発熱又は嘔吐あり) 23. 胃瘻 (減圧のため開放中) 24. 胃瘻 (閉鎖中) 25. 身体抑制* 26. がん化学療法	

*身体抑制：「四肢、体幹部の抑制」、「ベッドを柵で囲い込む」、「介護衣の着用」、「車いすや椅子から立ち上がりがれないようにする」、「ミトンの着用」、「自分の意思で開けることの出来ない居室等への隔離」。

6 入院中の他の医療機関の受診状況	01. 他の医療機関を受診した → (受診回数 回/月)	02. 他の医療機関を受診していない
《6で「01」を選択した場合に回答》		
6 - 1 他の医療機関を受診した理由	01. 専門外の急性疾患の治療のため 02. 専門外の慢性疾患の治療のため	03. 症状の原因精査のため 04. その他 (_____)
6 - 2 受診した診療科	01. 内科 02. 小児科 03. 精神科 04. 外科 05. 整形外科	06. 脳神経外科 07. 心臓血管外科 08. 放射線科 09. 麻酔科 (ペインクリニック) 10. 歯科 11. その他 (_____)
6 - 3 受診費用の請求について	01. 合議で精算 02. 入院料を減算した上で先方に請求	03. その他 (_____)

IV 患者の今後の見通し等

1 医学的な入院継続の理由等	01. 医学的な理由のため入院医療が必要である 02. 医学的な理由のため、どちらかというと入院の方が望ましい 03. 医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない 04. 退院予定が決まっている
《1で「03」を選択した場合に回答》	
1 - 1 退院後に必要な支援 (最も当てはまるもの)	01. 医療処置 02. 通院の介助 03. 訪問診療 04. 訪問看護・リハビリテーション 05. 買い物・清掃・調理等の家事の補助 06. 食事・排泄・移動等の介護 07. 認知症・精神疾患に対する見守り 08. その他 (_____)
1 - 2 退院できない理由 (最も当てはまるもの)	01. 本人の希望に適わないため 02. 家族の希望に適わないため 03. 在宅介護（訪問介護など）の確保ができないため 04. 在宅医療（訪問診療・訪問看護）の確保ができないため 05. 自宅の改修等の住環境の整備ができないため 06. 01～05の全体の調整・マネジメントができないため 07. 家族等による介護は困難であり、入所先の施設の確保ができないため 08. 自宅に退院、または施設に入所すれば経済的な負担が増えるため 09. 入院先の医療機関の確保ができないため 10. その他 (_____)
《1 - 2で「02」を選択した場合に回答》	
1 - 2 - 1 家族の希望に適わない理由	01. 家族が医療機関での入院継続を強く希望しているため 02. 自宅に帰った場合の医学的管理（訪問診療・訪問看護）に不安を感じているため 03. 自宅に在宅介護等を依頼することに抵抗があるため 04. 在宅介護等を利用しても負担が大きく、施設等へ入所して欲しいと考えているため 05. その他 (_____)
2 退院へ向けた目標・課題等 (主なものを1つ選択)	01. 疾病の治癒・軽快 02. 病態の安定 03. 手術・投薬・処置・検査等の終了 04. 診断・今後の治療方針の確定 05. 低下した機能の回復（リハビリテーション） 06. 在宅医療・介護等の調整 07. 入所先の施設の確保 08. 本人家族の病状理解 09. 転院先の医療機関の確保 10. 看取り（死亡退院） 11. その他 (_____)

入院医療等における実態調査(平成26年度調査) 補助票(病院)【重症度, 医療・看護必要度票】

《記入の仕方と記入例》

- 二重枠の中に、数字（もしくはアルファベット）を一文字だけ記入してください。

記入例 :

B	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

悪い例1 :

5

 文字が枠にかかっている。 悪い例2 :

4

 文字が小さい。

- 上下のガイドの中に、縦棒を一本だけ記入してください。0点もしくは非該当の場合は、記入は不要です。

記入例 :

1点 or 該当	I	I	I	I	I	I
----------------	---	---	---	---	---	---

悪い例1 :

I	I
---	---

 縦棒の色が薄い

悪い例2 :

I	I
---	---

 縦棒の線が短い

2点

※「患者氏名」をマスキング（墨消し）して提出してください。 ★ 二重枠の欄に英数字をご記入ください。OCRで読み取りますので、丁寧にはっきり書いていただくようお願い申し上げます。

患者 氏名

	施設	I D			-				病棟	I D			患者	I D	
--	----	-----	--	--	---	--	--	--	----	-----	--	--	----	-----	--

★以下のマークシート欄には、「1点」もしくは「該当」のとき縦棒1本、「2点」のとき縦棒2本を上下のガイドの位置に引いてください(記入例は裏面)。 ★裏面の項目にもご記入ください。

★「入院患者票」の評価の実施日（調査基準日）を「1日目」としてください。

1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目

■ 外泊・退院等による評価未実施

外泊・転棟等により評価を実施しなかった場合、該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。退院後の日次にも縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						

A モニタリング 及び 処置等	[1] 創傷処置	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[2] 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[3] 点滴ライン同時3本以上	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[4] 心電図モニターの管理	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[5] シリンジポンプの管理	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[6] 輸血や血液製剤の管理	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7] 専門的な治療処置	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 2点:該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-01] 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-02] 抗悪性腫瘍剤の内服の管理	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-03] 麻薬注射薬の使用(注射剤のみ)	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-04] 麻薬の内服・貼付	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-05] 放射線治療	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-06] 免疫抑制剤の管理	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-07] 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-08] 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-09] 抗血栓塞栓薬の持続点滴	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												
	[7-10] ドレナージの管理	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/>												

入院医療等における実態調査(平成26年度調査)

補助票(病院)【重症度、医療・看護必要度票(裏面)】

★以下のマークシート欄には、「1点」もしくは「該当」のとき縦棒1本、「2点」のとき縦棒2本を上下のガイドの位置に引いてください。 ★表面にもご記入ください。

★「入院患者票」の評価の実施日(調査基準日)を「1日目」としてください。

1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目

A モニタリング 及び 処置等	[8] 輸液ポンプの管理	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[9] 動脈圧測定(動脈ライン)	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[10] 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[11] 人工呼吸器の装着	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[12] 肺動脈圧測定(スワンガントンカテーテル)	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[13] 蘇生術の施行	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[14] 特殊な治療法等	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[14-01] CHDF	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[14-02] IABP	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[14-03] PCPS	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[14-04] 補助人工心臓	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[14-05] ICP測定	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[14-06] ECMO	実施なし:該当日のマーク欄への記入は不要です。 実施あり:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
B 患者の状況等	[15] 寝返り	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点:該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[16] 起き上がり	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[17] 座位保持	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点:該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[18] 移乗	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点:該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[19] 口腔清潔	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[20] 食事摂取	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点:該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[21] 衣服の着脱	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点:該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[22] 床上安静の指示	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[23] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[24] 移動方法	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[25] 他者への意思の伝達	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日の左のマーク欄に縦棒を記入してください。 2点:該当日の左右のマーク欄に縦棒を一本ずつ記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[26] 診療・療養上の指示が通じる	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	[27] 危険行動	0点:該当日のマーク欄への記入は不要です。 1点:該当日のマーク欄に縦棒を記入してください。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 平成 26 年度調査

入院医療等における実態調査

退棟患者票 (A票)

施設 I D :

病棟 I D :

患者 I D :

(注) 「入院患者票 (A票)」の対象者のうち、「補助票 (重症度, 医療・看護必要度票)」の追跡期間 (1週間) に退棟した場合に限り、本調査票へご記入ください。

1 性別	01. 男性	02. 女性
2 生年月	西暦_____年_____月	
3 ①入院年月日	西暦_____年_____月_____日	
②入棟年月日	西暦_____年_____月_____日	
③退棟年月日	西暦_____年_____月_____日	

4 栄養摂取の状況 (退棟時)	01. 経口摂取のみ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ
《4で「02」または「03」を選択した場合に回答》	
4 - 1 経管・経静脈栄養の状況	01. 経鼻胃管 02. 胃瘻・腸瘻 03. 末梢静脈栄養 04. 中心静脈栄養

5 退棟先	01. 自宅 <自院> 02. 一般病床 03. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床 04. 療養病床 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし 05. その他の病床 <他の病院> 06. 一般病床 07. 地域包括ケア病床・回復期リハ病床 08. 療養病床 → a 在宅復帰機能強化加算あり → b 在宅復帰機能強化加算なし 09. その他の病床	<有床診療所> 10. 有床診療所 <介護施設> 11. 介護療養型医療施設 12. 介護老人保健施設 → a 在宅強化型 → b 在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり → c 上記 a, b 以外 13. 介護老人福祉施設 (特養) 14. 居住系介護施設 (グループホーム等) 15. 障害者支援施設 <その他> 16. 死亡退院 17. その他 (_____)

【自宅または居宅系施設へ退院した場合のみ、以下の設問にご回答ください。】※転棟・転院の場合は記入不要です。

6 退院後に利用を予定している医療・介護サービス	01. 医療機関の外来診療 02. 医療機関の訪問診療 03. 訪問看護 04. 訪問リハビリテーション 05. 通所リハビリテーション 06. 訪問介護 07. 訪問入浴介護 08. 通所介護	09. 短期入所生活介護 10. 短期入所療養介護 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 12. 夜間対応型訪問介護 13. 認知症対応型通所介護 14. 複合型サービス 15. 福祉用具貸与 16. その他 (_____)

調査対象病棟の管理票(様式1)

施設ID

※ 貴院における全ての調査対象病棟に「病棟ID」を割当ててください。

※ B票の場合は、地域包括ケア入院医療管理料を届出している病室についても、「病棟ID」を割当ててください。

病棟名・病室名	病棟ID	調査基準日	患者調査 対象者数	患者調査の対象者の退棟状況(退棟者数)						
				1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
	01	月 日								
	02	月 日								
	03	月 日								
	04	月 日								
	05	月 日								
	06	月 日								
	07	月 日								
	08	月 日								
	09	月 日								
	10	月 日								
	11	月 日								
	12	月 日								
	13	月 日								
	14	月 日								
	15	月 日								
	16	月 日								
	17	月 日								
	18	月 日								
	19	月 日								
	20	月 日								
	21	月 日								
	22	月 日								
	23	月 日								
	24	月 日								
	25	月 日								

☆ 上詰めで記入してください。また、記入欄が足りない場合は、裏面の記入欄を使用してください。

調査対象の管理票(様式1)

※ 貴院における全ての調査対象病棟に「病棟ID」を割当ててください。

※ B票の場合は、地域包括ケア入院医療管理料を届出ている病室についても、「病棟ID」を割当ててください。

病棟名・病室名	病棟ID	調査基準日	患者調査 対象者数	患者調査の対象者の退棟状況(退棟者数)						
				1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
	26	月 日								
	27	月 日								
	28	月 日								
	29	月 日								
	30	月 日								
	31	月 日								
	32	月 日								
	33	月 日								
	34	月 日								
	35	月 日								
	36	月 日								
	37	月 日								
	38	月 日								
	39	月 日								
	40	月 日								
	41	月 日								
	42	月 日								
	43	月 日								
	44	月 日								
	45	月 日								
	46	月 日								
	47	月 日								
	48	月 日								
	49	月 日								
	50	月 日								

☆ 表面の記入欄だけでは足りない場合のみ記入してください。上詰めでお願いします。

調査対象患者の管理票(様式2)

施設ID		病棟ID	
------	--	------	--

※ 患者調査票の対象者は、調査基準日の在院患者から抽出してください。抽出されなかった患者は記入不要です。

※ 補助票の評価期間中(調査基準日を含む7日間)に退棟した患者は、退棟日を記入し、「退棟患者票」への記入をお願いします。

※「患者氏名」をマスキング(墨消し)してから病棟調査票、入院患者票、退棟患者票、及び補助票等と一緒にご提出ください。

患者氏名	患者ID	年齢	性別	調査基準日から7日以内の退棟状況		
				上記期間内 退棟の有無	「あり」の場合 退棟日	死亡退院 の場合に○
	01	歳	男性 女性	あり なし	/	
	02	歳	男性 女性	あり なし	/	
	03	歳	男性 女性	あり なし	/	
	04	歳	男性 女性	あり なし	/	
	05	歳	男性 女性	あり なし	/	
	06	歳	男性 女性	あり なし	/	
	07	歳	男性 女性	あり なし	/	
	08	歳	男性 女性	あり なし	/	
	09	歳	男性 女性	あり なし	/	
	10	歳	男性 女性	あり なし	/	
	11	歳	男性 女性	あり なし	/	
	12	歳	男性 女性	あり なし	/	
	13	歳	男性 女性	あり なし	/	
	14	歳	男性 女性	あり なし	/	
	15	歳	男性 女性	あり なし	/	
	16	歳	男性 女性	あり なし	/	
	17	歳	男性 女性	あり なし	/	
	18	歳	男性 女性	あり なし	/	
	19	歳	男性 女性	あり なし	/	
	20	歳	男性 女性	あり なし	/	
	21	歳	男性 女性	あり なし	/	
	22	歳	男性 女性	あり なし	/	
	23	歳	男性 女性	あり なし	/	
	24	歳	男性 女性	あり なし	/	
	25	歳	男性 女性	あり なし	/	
	26	歳	男性 女性	あり なし	/	
	27	歳	男性 女性	あり なし	/	
	28	歳	男性 女性	あり なし	/	
	29	歳	男性 女性	あり なし	/	
	30	歳	男性 女性	あり なし	/	

☆ 上詰めで記入してください。また、記入欄が足りない場合は、裏面の記入欄を使用してください。

調査対象の管理票(様式2)

※ 患者調査票の対象者は、調査基準日の在院患者から抽出してください。抽出されなかった患者は記入不要です。

※ 補助票の評価期間中(調査基準日を含む7日間)に退棟した患者は、退棟日を記入し、「退棟患者票」への記入をお願いします。

※「患者氏名」をマスキング(墨消し)してから病棟調査票、入院患者票、退棟患者票、及び補助票等と一緒にご提出ください。

患者氏名	患者ID	年齢	性別	調査基準日から7日以内の退棟状況		
				上記期間内 退棟の有無	「あり」の場合 退棟日	死亡退院 の場合に○
	31	歳	男性 女性	あり なし	/	
	32	歳	男性 女性	あり なし	/	
	33	歳	男性 女性	あり なし	/	
	34	歳	男性 女性	あり なし	/	
	35	歳	男性 女性	あり なし	/	
	36	歳	男性 女性	あり なし	/	
	37	歳	男性 女性	あり なし	/	
	38	歳	男性 女性	あり なし	/	
	39	歳	男性 女性	あり なし	/	
	40	歳	男性 女性	あり なし	/	
	41	歳	男性 女性	あり なし	/	
	42	歳	男性 女性	あり なし	/	
	43	歳	男性 女性	あり なし	/	
	44	歳	男性 女性	あり なし	/	
	45	歳	男性 女性	あり なし	/	
	46	歳	男性 女性	あり なし	/	
	47	歳	男性 女性	あり なし	/	
	48	歳	男性 女性	あり なし	/	
	49	歳	男性 女性	あり なし	/	
	50	歳	男性 女性	あり なし	/	
	51	歳	男性 女性	あり なし	/	
	52	歳	男性 女性	あり なし	/	
	53	歳	男性 女性	あり なし	/	
	54	歳	男性 女性	あり なし	/	
	55	歳	男性 女性	あり なし	/	
	56	歳	男性 女性	あり なし	/	
	57	歳	男性 女性	あり なし	/	
	58	歳	男性 女性	あり なし	/	
	59	歳	男性 女性	あり なし	/	
	60	歳	男性 女性	あり なし	/	