

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) | 05. その他同居あり (65 歳未満含む) |
| | 02. 夫婦のみ世帯 (65 歳以上のみ) | 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 | 09. 介護老人保健施設 |
| | 02. 自院の急性期病床 | 10. 介護老人福祉施設 (特養) | 11. 居住系介護施設 |
| | 03. 自院の地域包括ケア・回復期病床 | 12. 障害者支援施設 | 13. その他 |
| | 04. 自院の慢性期病床 | 07. 他院の慢性期病床 | |
| | 05. 他院の急性期病床 | | |
| | 06. 他院の地域包括ケア・回復期病床 | | |
| 7 入院前に利用していた 医療・介護サービス (該当するものを全てを選択) | 01. 医療機関の外来診療 | 09. 短期入所生活介護 | 10. 短期入所療養介護 |
| | 02. 医療機関の訪問診療 | 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 |
| | 03. 訪問看護 | 13. 認知症対応型通所介護 | 14. 複合型サービス |
| | 04. 訪問リハビリテーション | 15. 福祉用具貸与 | 16. その他 |
| | 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 | | |
| 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) | 04. 緊急入院 (救急車等) |
| | 02. 緊急入院 (外来の初診後) | | |
| 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 | 05. 緩和ケアのため |
| | 02. リハビリテーションのため | 06. その他 (_____) | |
| | 03. 検査及び確定診断のため | | |

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 02. 胃瘻・腸瘻 | 03. 末梢静脈栄養 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 疼痛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(JCS III-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) | 過去7日間 _____ 件 |
| | ② 生体検査 (超音波・内視鏡等) | 過去7日間 _____ 件 |
| | ③ X線単純撮影 | 過去7日間 _____ 件 |
| | ④ CT・MRI | 過去7日間 _____ 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 | 12. 内視鏡検査・治療 (粘膜切除) → (実施日 _____) |
| | 02. 人工呼吸器の抜管後1週間以内 | 13. 24時間持続点滴 |
| | 03. 気管切開・気管内挿管 → a 発熱あり → b 発熱なし | 14. 透析 |
| | 04. 酸素療法 | 15. 血糖測定 (1日3回以上) |
| | 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 | 16. 胸腹腔洗浄 |
| | 06. 喀痰吸引 (1日8回以上) | 17. 膀胱カテーテル → a 血尿あり → b 血尿なし |
| | 07. 体位ドレナージ・スクウィーミング | 18. 末梢循環障害による下肢末端開放創 |
| | 08. 観血的動脈圧測定 | 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 |
| | 09. カテーテル検査・治療 (動脈穿刺) → (実施日 _____) | 20. 褥瘡処置 |
| | 10. 血漿交換療法 → (実施日 _____) | 21. 中心静脈栄養 |
| | 11. 血栓溶解療法 (t-PA療法) → (実施日 _____) | 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て請求 | 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. 本人の希望に合わないため 02. 家族の希望に合わないため 03. 在宅介護 (訪問介護など) の確保ができていないため 04. 在宅医療 (訪問診療・訪問看護) の確保ができていないため 05. 自宅の改修等の住環境の整備ができていないため 06. 01~05の全体の調整・マネジメントができていないため 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ていないため 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ていないため 10. その他 (_____) | |
| 《1-2で「02」を選択した場合に回答》 | | |
| 1-2-1 家族の希望に合わない理由 | 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 | | | | | | | | | | | 2点 | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|

悪い例 1：

| |
|--|
| |
|--|

 縦棒の色が薄い 悪い例 2：

| |
|--|
| |
|--|

 縦棒の線が短い

※「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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [4] 心電図モニター管理 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [5] シリンジポンプ管理 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [6] 輸血や血液製剤管理 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [7-02] 抗悪性腫瘍剤の内服管理 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| | [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| [7-06] 免疫抑制剤管理 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| [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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| [7-10] ドレナージ管理 | 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。 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | [12] 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル) | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

入院医療等における実態調査 退棟患者票（A票）

| | | |
|-------|-------|-------|
| 施設ID： | 病棟ID： | 患者ID： |
|-------|-------|-------|

(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 03. 末梢静脈栄養 02. 胃瘻・腸瘻 04. 中心静脈栄養 |
|------------------------|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| 5 退棟先 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 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 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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（_____） </td> </tr> </table> | 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（_____） |
| 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 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 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 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 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（_____） </td> </tr> </table> | 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（_____） |
| 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。上詰めをお願いします。

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」をマスク(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 | / | |