

入院基本料等に関する実施状況報告書(令和6年8月1日現在)

受付番号※	※地方厚生(支)局記載
-------	-------------

(別紙様式1-3) 【病院記入用】

都道府県番号

医療機関コード7桁

保険医療機関番号									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※本様式の書式は変えないこと。

褥瘡対策に係る報告書

※1名の患者が複数褥瘡を有していても、患者1名として数える。
 ※該当患者がない場合、「0」と書くこと。

※エクセル上で入力した場合は、「自動チェック」が「○」となっていることを確認すること。
 手書きの場合は、各合計が一致していることを注意書きを参考に確認すること。

褥瘡対策の実施状況(令和6年7月1日における実績・状況)	1. 一般病棟入院基本料等		2. 療養病棟入院基本料		3. 1及び2以外を算定する病棟等
	令和6年8月1日現在の届出区分		令和6年8月1日現在の届出区分		※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3・4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4の病室に係る患者を含む
① 入院患者数(令和6年7月1日の入院患者数)	名		名		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数(褥瘡保有者数)	名		名		名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数(入院時褥瘡保有者数)	名		名		名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数(※②-③の患者数)	名		名		名
①～④が入力されていること、④が②-③と一致していることを確認 → 自動チェック: <input style="width: 50px;" type="text"/> 自動チェック: <input style="width: 50px;" type="text"/> 自動チェック: <input style="width: 50px;" type="text"/>					

⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況 ※☑を付すこと(複数選択可)。 ・体圧分散マットレス又はエアマットレスを保有している場合は、台数を記載すること。 ・体圧分散マットレス等をレンタルしている場合は、「保有している」の欄には記載せず、「その他」にチェックし自由記載にその旨を記載すること。 ・自由記載は簡潔に文章で記載すること。	<input type="checkbox"/> 体圧分散マットレスを保有している () 台 <input type="checkbox"/> エアマットレスを保有している () 台 <input type="checkbox"/> 体圧分散用枕を保有している <input type="checkbox"/> 車いす用のクッションを保有している <input type="checkbox"/> その他(自由記載)
---	--

⑥ 褥瘡の重症度		入院時の褥瘡(③の患者の入院時の状況)		院内発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)
	d1	名		名
	d2	名		名
	D3	名		名
	D4	名		名
	D5	名		名
	DDTI	名		名
	DU	名		名

↑③の合計と一致していることを確認 ↑④の合計と一致していることを確認

自動チェック: 自動チェック: