

(別紙様式 21)

[] の「注」に掲げる

早期栄養介入管理加算に係る報告書

都道府県名							
医療機関コード※							
保険医療機関名							

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

(期間： 年 月 日～ 年 月 日)

治療室の入室総患者数	名
当該加算のために介入した患者数	名
48時間以内に経腸栄養を開始した患者数	名

48時間以内に経腸栄養を開始できなかった理由	①
	②
	③
	④
	⑤

[記載上の注意点]

- 1 [] には、救命救急入院料の「注9」、特定集中治療室管理料の「注5」、ハイケアユニット入院医療管理料の「注4」、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の「注4」又は小児特定集中治療室管理料の「注4」のいずれかを記入すること。
- 2 治療室に入室し、早期栄養介入管理加算の対象となる患者の総数とする。
- 3 当該加算のために介入した患者とは、算定の有無にかかわらず、栄養スクリーニング、栄養アセスメント等を実施した患者数とする。
- 4 48時間以内に経腸栄養を開始した患者数とする。なお、全ての栄養摂取を経腸栄養で実施する必要はなく、必要栄養量の一部を経腸栄養により摂取した患者数とする。
- 5 患者数は、令和3年4月1日から令和4年3月31日までとする。ただし、

新規に当該加算の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から令和4年3月31日までの期間とする。なお、令和4年度に新規届出を行った場合は、令和4年4月から令和4年6月の実績を記載すること。

- 6 栄養スクリーニング、栄養アセスメントを実施したが、48時間以内に経腸栄養を開始できなかった場合は、その主な理由を最大5つまで記載する。
- 7 複数の治療室において算定している場合は、入院料等毎に報告すること。