

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

※ 印刷は片面印刷とすること。

医療機関コード7桁

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

[illegible]



入院基本料等に関する実施状況報告書(令和8年8月1日現在)

受付番号※ ※地方厚生（支）局記載

(別紙様式1－2) 【病院記入用】

※本様式の書式は変えないこと。

保険医療機関番号

都道府県番号

医療機関コード7桁

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。  
※該当患者がいない場合、「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8年8月1日における実績・状況)        | 1. 一般病棟<br>入院基本料等 | 2. 療養病棟<br>入院基本料 | 3. 1及び2以外を算<br>定する病棟等                                                                                                      |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | 令和8年8月1日現在の届出区分   |                  | ※特殊疾患入院医療管理料、<br>小児入院医療管理料3・4・5、新<br>生児特定集中治療室重症児対応<br>体制強化管理料、回復期リハビリ<br>テーション入院医療管理料、地域<br>包括ケア入院医療管理料1～4の<br>病室に係る患者を含む |
|                                     |                   |                  |                                                                                                                            |
| ① 入院患者数（令和8年8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:                             |                   | ×                | 自動チェック:                                                                                                                    |
|                                     |                   | ×                | 自動チェック:                                                                                                                    |
|                                     |                   | ×                | 自動チェック:                                                                                                                    |

| ⑤ 褥瘡の重症度 |      | 入院時の褥瘡<br>(③の患者の入院時の状況) | 院内発生した褥瘡<br>(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  
自動チェック: 自動チェック: ○