

入院基本料等に関する実施状況報告書(令和7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

※本様式の書式は変えないこと。

保険医療機関番号

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7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7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7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:			
自動チェック:			
自動チェック:			
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自院で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、「その他」にチェックし []内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。	☐ 体圧分散マットレスを自院で保有している () 台 ☐ エアマットレスを自院で保有している () 台 ☐ 体圧分散用枕を自院で保有している ☐ 車いす用のクッションを自院で保有している ☐ その他（自由記載）※チェックした場合は必ず以下に文章で記載をすること		
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			
自動チェック:			
↑④の合計と一致していることを確認			
自動チェック:			