

(別紙様式 1)

退 院 証 明 書

保険医療機関名称

住所

電話番号

主治医氏名

患者氏名

性別 (男・女)

患者住所

電話番号

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

✓ 入院年月日 平成 年 月 日

✗ 退院年月日 平成 年 月 日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間
(複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)

✓ 入院基本料等の種別 :

✗ 算定期間 : 日 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

✗ 日 (平成 年 月 日 現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

✗ 傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける。)

✓ 治癒

✗ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。)

✗ その他

6. その他の特記事項

Ⅲ ADL区分評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時)に、必ず各項目に評価点(0～6)を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a	ベッド上の可動性																														
b	移乗																														
c	食事																														
d	トイレの使用																														
ADL得点(合計得点0～24)																															

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院した場合には、入院時)に、必ずⅠ～Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

1. 病院の場合

医療区分の評価				ADL区分の評価																															
▼				▼																															
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
C	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
D	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
E	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
F	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
G	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
H	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点11～22	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
I	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点0～10	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

2. 診療所の場合

医療区分の評価				ADL区分の評価																																					
▼				▼																																					
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3～1	ADL得点0～24	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3～2	ADL得点11～24	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C			ADL区分1	ADL得点0～10	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E			ADL区分2～1	ADL得点0～22	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

注1

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)

ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)(別表第五の二の患者は除く。)

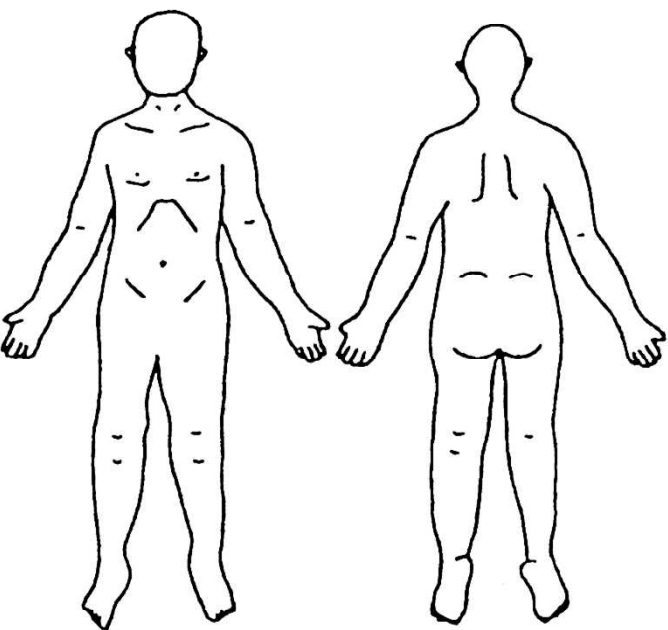
ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)(別表第五の二の患者は除く。)

褥瘡の状態の評価

【留意事項】

ADL区分3の状態の患者において、褥瘡対策加算を算定する日は、別紙様式46「褥瘡対策に関する評価」を用いて評価した当該日のDESIGN-Rの合計点（深さの点数は加えない）を必ず記入すること。なお、ADL区分3以外の状態の日又は褥瘡対策加算を算定しない日は記入しなくても良い。

DESIGN-Rの合計点(深さの点数は加えない)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

氏名	(ふりがな)			年齢	ID																																																																						
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			歳																																																																							
主訴																																																																											
診断	1) 5)																																																																										
	2) 6)																																																																										
	3) 7)																																																																										
	4) 8)																																																																										
現病歴	年 月 日																																																																										
既往歴	年 月 日																																																																										
身体症状	【重症度】 <table><tr><td>1. 痛み</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>2. 呼吸困難</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>3. 倦怠感</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>4. 発熱</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>5. 口渇</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>6. 咳・痰</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>7. 食欲不振</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>8. 嘔気・嘔吐</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>9. 腹部膨満感</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>10. 便秘</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>11. 尿閉、失禁</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>12. 浮腫</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>13. 栄養障害</td><td>☐なし</td><td>☐軽</td><td>☐中</td><td>☐重</td></tr><tr><td>14. その他(具体的に)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 【症状の性質、分布】 					1. 痛み	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	2. 呼吸困難	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	3. 倦怠感	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	4. 発熱	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	5. 口渇	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	6. 咳・痰	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	7. 食欲不振	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	8. 嘔気・嘔吐	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	9. 腹部膨満感	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	10. 便秘	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	11. 尿閉、失禁	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	12. 浮腫	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	13. 栄養障害	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重	14. その他(具体的に)				
1. 痛み	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
2. 呼吸困難	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
3. 倦怠感	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
4. 発熱	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
5. 口渇	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
6. 咳・痰	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
7. 食欲不振	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
8. 嘔気・嘔吐	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
9. 腹部膨満感	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
10. 便秘	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
11. 尿閉、失禁	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
12. 浮腫	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
13. 栄養障害	☐ なし	☐ 軽	☐ 中	☐ 重																																																																							
14. その他(具体的に)																																																																											
身体活動状態	<table><tr><td>全般</td><td>☐0. 問題なし</td><td>☐1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能</td><td>☐2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている</td><td>☐3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している</td><td>☐4. 常に介助が必要、終日臥床している</td></tr><tr><td>歩行</td><td>☐問題なし</td><td>☐要介助</td><td>☐不可</td><td>排泄</td><td>☐問題なし ☐ポータブル ☐要介助</td></tr><tr><td>食事</td><td>☐問題なし</td><td>☐要介助</td><td>☐不可</td><td>入浴</td><td>☐問題なし ☐要介助 ☐不可</td></tr></table>					全般	☐ 0. 問題なし	☐ 1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能	☐ 2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている	☐ 3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している	☐ 4. 常に介助が必要、終日臥床している	歩行	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可	排泄	☐ 問題なし ☐ ポータブル ☐ 要介助	食事	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可	入浴	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可																																																				
全般	☐ 0. 問題なし	☐ 1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能	☐ 2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている	☐ 3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している	☐ 4. 常に介助が必要、終日臥床している																																																																						
歩行	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可	排泄	☐ 問題なし ☐ ポータブル ☐ 要介助																																																																						
食事	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可	入浴	☐ 問題なし ☐ 要介助 ☐ 不可																																																																						

精神状態		【重症度】	
1. 不安		☐ なし	☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重
2. 抑うつ		☐ なし	☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重
3. せん妄		☐ なし	☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重
4. 不眠		☐ なし	☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重
5. 眠気		☐ なし	☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重
6. その他(具体的に)			
その他の問題			
☐ 家族 ☐ 経済 ☐ 仕事・趣味・交際などの活動や生きがい ☐ その他			
本人の希望		家族の希望	
治療目標 (優先順に)	②	③	
①			
緩和治療・検査計画			
☐ 薬物療法 ☐ 精神療法(カウンセリング、リラクセーション) ☐ 理学・作業療法 ☐ 栄養食事管理 ☐ その他			
備考			
説明日		年	月 日
本人の署名		家族の署名 (続柄)	
主治医		精神科医	
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師		(緩和ケア担当管理栄養士)	

児童・思春期精神医療入院診療計画書

患 者 氏 名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (歳)
診断名 (状態像名)			ICD-10(コード番号) :

I. 發育・社会的環境

発達・生育歴 ☐ 特記事項なし ☐ あり	家族構成： （同居家族を含む）	社会的環境： a. 就学状況	c. 職歴
		b. 教育歴 （最終学歴： ）	d. 交友関係など

II. 入院時の状況

入院年月日		平成 年 月 日 (曜日)		入院 形 態		☐ 任意入院 ☐ 医療保護入院 ☐ 措置入院 ☐ その他	
主 訴	患者：						
	家族（父・母・その他 ）：						
特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無							
症状 および 問題行動：							
A. 行 動：a. 動 き： ☐ 多動 ☐ 寡動 ☐ 常同症 ☐ 拒絶症 ☐ 奇妙な動作（ ） b. 表 情： ☐ 不安・恐怖・心配 ☐ 憂うつ ☐ 怒り・敵意 ☐ 無表情 c. 話 し 方： ☐ 緘黙 ☐ 不明瞭 ☐ 吃音 ☐ 反響言語 d. そ の 他： ☐ 睡眠障害 ☐ 食行動異常 ☐ 排泄障害 ☐ 習癖異常							
B. 情 緒： ☐ 不安定 ☐ 無感情 ☐ 怒り・敵意 ☐ 不安・恐怖・心配 ☐ 高揚 ☐ 抑うつ気分 ☐ 感情の不調和							
C. 対 人 関 係： ☐ ひきこもり ☐ 自己中心的 ☐ 他罰的 ☐ 共感性欠如							
D. 知 的 機 能： ☐ 注意散漫 ☐ 興味限局 ☐ 記憶障害 ☐ 知的障害 ☐ 学習（能力）障害							
E. 意 識： ☐ 見当識障害 ☐ 意識障害							
F. 意 欲： ☐ 消極性 ☐ 意欲減退 ☐ 無為 ☐ 意欲亢進							
G. 行 為： ☐ 自傷 ☐ 他害・暴行 ☐ 盗み ☐ 器物破損							
H. 知 覚： ☐ 錯覚 ☐ 幻覚							
I. 思 考： ☐ 心気症 ☐ 強迫観念・行為 ☐ 恐怖症 ☐ 自殺念慮・自殺企図 ☐ 離人体験 ☐ 病的な空想 ☐ 作為体験 ☐ 罪業妄想 ☐ 被害・関係妄想 ☐ その他の妄想（ ） ☐ 連合障害							
J. そ の 他： ☐ 病識欠如 ☐ 不登校 ☐ 計画的な行動がとれない ☐ 衝動コントロールの欠如 ☐ 主体性の未確立							
具体的な事柄：							

(※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

Ⅲ. 治療計画

(患者氏名)

予定治療期間 (週間/月) 本人の希望 : 家族の希望 : 目標の設定 : 同意事項 : ☐ 検査 ☐ 診断の確定 ☐ 薬物療法の調整 ☐ 精神症状の改善 ☐ 問題行動の改善 ☐ 生活リズムの改善 ☐ 家族関係の調整 ☐ 主体性の確立 ☐ 社会復帰 ☐ その他 ()	基本方針 : 	
	治療と検査 : A. 治療 : 精神療法 : ☐ 個人精神療法 : 回/週 ☐ 集団精神療法 : 回/週 ☐ 認知行動療法 : 回/週 ☐ 生活療法 : 回/週 薬物療法 : ☐ 抗精神病薬 ☐ 抗うつ薬 ☐ 抗躁薬 ☐ 抗不安薬 ☐ 抗てんかん薬 ☐ 睡眠導入剤 ☐ その他 () B. 検査 : 理化学検査 : ☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 脳波 ☐ X 線 ☐ CT (MRI) 検査 ☐ その他 () 心理検査 : ☐ 知能検査 () ☐ 性格検査 ()	
行動制限 : ☐ なし ☐ あり (電話、面会、外出、外泊、その他) 隔離室・個室使用 : ☐ なし ☐ あり		
退院後の目標 : ☐ 家庭内適応 ☐ 復学 ☐ 就労 ☐ デイケア ☐ 地域作業所 ☐ 施設入所 ☐ その他 ()		

Ⅳ. 家族へのアプローチ

面接 : ☐ 家族面接 : 回/週・月 (☐ 父親 ☐ 母親 ☐ その他 ()) ☐ 本人との同席面接 : 回/週・月 その他 : ☐ 家族療法 : 回/週・月 ☐ その他 : 回/週・月	具体的アプローチ
--	----------

Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : ☐ 院内学級・院内分校への通級 (学) ☐ 地元 (原籍) 校への通学 ☐ 訪問学級 ☐ 通信教育 ☐ その他 ()	学校への具体的アプローチ : ☐ 本人の同意 ☐ 保護者の同意 ☐ 担任 ☐ 養護教諭 ☐ 生徒指導担当 ☐ その他 () ☐ 現状での問題点 () ☐ 今後の方向性 ()
---	--

上記説明を受けました。 平成 年 月 日 本人サイン _____ 保護者サイン _____

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)

児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

患 者 氏 名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (歳)
診断名 (状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 ☐ 特記事項なし ☐ あり	家族構成 : (同居家族を含む)	社会的環境 :	c. 職歴
		a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴 :)	d. 交友関係など

II. 入院時の状況

入院年月日	平成 年 月 日 (曜日)	入 院 形 態	☐ 任意入院 ☐ 医療保護入院 ☐ 措置入院 ☐ その他
主 訴	患者 :		
	家族 (父・母・その他) :		
特別な栄養管理の必要性 : 有 ・ 無			
症状 および 問題行動 :			
A. 行 動 : a. 動 き : ☐ 多動 ☐ 寡動 ☐ 常同症 ☐ 拒絶症 ☐ 奇妙な動作 () b. 表 情 : ☐ 不安・恐怖・心配 ☐ 憂うつ ☐ 怒り・敵意 ☐ 無表情 c. 話 し 方 : ☐ 緘黙 ☐ 不明瞭 ☐ 吃音 ☐ 反響言語 d. そ の 他 : ☐ 睡眠障害 ☐ 食行動異常 ☐ 排泄障害 ☐ 習癖異常			
B. 情 緒 : ☐ 不安定 ☐ 無感情 ☐ 怒り・敵意 ☐ 不安・恐怖・心配 ☐ 高揚 ☐ 抑うつ気分 ☐ 感情の不調和			
C. 対 人 関 係 : ☐ ひきこもり ☐ 自己中心的 ☐ 他罰的 ☐ 共感性欠如			
D. 知 的 機 能 : ☐ 注意散漫 ☐ 興味限局 ☐ 記憶障害 ☐ 知的障害 ☐ 学習 (能力) 障害			
E. 意 識 : ☐ 見当識障害 ☐ 意識障害			
F. 意 欲 : ☐ 消極性 ☐ 意欲減退 ☐ 無為 ☐ 意欲亢進			
G. 行 為 : ☐ 自傷 ☐ 他害・暴行 ☐ 盗み ☐ 器物破損			
H. 知 覚 : ☐ 錯覚 ☐ 幻覚			
I. 思 考 : ☐ 心気症 ☐ 強迫観念・行為 ☐ 恐怖症 ☐ 自殺念慮・自殺企図 ☐ 離人体験 ☐ 病的な空想 ☐ 作為体験 ☐ 罪業妄想 ☐ 被害・関係妄想 ☐ その他の妄想 () ☐ 連合障害			
J. そ の 他 : ☐ 病識欠如 ☐ 不登校 ☐ 計画的な行動がとれない ☐ 衝動コントロールの欠如 ☐ 主体性の未確立			
具体的な事柄 :			

(※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

Ⅲ. 治療計画

(患者氏名)

推定される入院期間 (週間/月) (うち医療保護入院による入院期間 : _____) 本人の希望 : 家族の希望 : 目標の設定 : 同意事項 : ☐ 検査 ☐ 診断の確定 ☐ 薬物療法の調整 ☐ 精神症状の改善 ☐ 問題行動の改善 ☐ 生活リズムの改善 ☐ 家族関係の調整 ☐ 主体性の確立 ☐ 社会復帰 ☐ その他 ()	基本方針 : 治療と検査 : A. 治療 : 精神療法 : ☐ 個人精神療法 : 回/週 ☐ 集団精神療法 : 回/週 ☐ 認知行動療法 : 回/週 ☐ 生活療法 : 回/週 薬物療法 : ☐ 抗精神病薬 ☐ 抗うつ薬 ☐ 抗躁薬 ☐ 抗不安薬 ☐ 抗てんかん薬 ☐ 睡眠導入剤 ☐ その他 () B. 検査 : 理化学検査 : ☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 脳波 ☐ X 線 ☐ CT (MRI) 検査 ☐ その他 () 心理検査 : ☐ 知能検査 () ☐ 性格検査 ()	
行動制限 : ☐ なし ☐ あり (電話、面会、外出、外泊、その他)		隔離室・個室使用 : ☐ なし ☐ あり
選任された退院後生活環境相談員の氏名		
退院後の目標 : ☐ 家庭内適応 ☐ 復学 ☐ 就労 ☐ デイケア ☐ 地域作業所 ☐ 施設入所 ☐ その他 ()		

Ⅳ. 家族へのアプローチ

面接 : ☐ 家族面接 : 回/週・月 (☐ 父親 ☐ 母親 ☐ その他 ()) ☐ 本人との同席面接 : 回/週・月 その他 : ☐ 家族療法 : 回/週・月 ☐ その他 : 回/週・月	具体的アプローチ
--	-----------------

Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : ☐ 院内学級・院内分校への通級 (学) ☐ 地元 (原籍) 校への通学 ☐ 訪問学級 ☐ 通信教育 ☐ その他 ()	学校への具体的アプローチ : ☐ 本人の同意 ☐ 保護者の同意 ☐ 担任 ☐ 養護教諭 ☐ 生徒指導担当 ☐ その他 () ☐ 現状での問題点 () ☐ 今後の方向性 ()
--	--

上記説明を受けました。 平成 年 月 日 本人サイン _____ 保護者サイン _____

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)

栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

患者氏名		患者ID		性：男・女	年齢	歳	入院日	年 月 日
病棟		主治医		NST患者担当者			初回回診日	年 月 日
NST回診実施者名	医師	看護師		薬剤師		管理栄養士		
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士	臨床検査技師		PT・OT・ST MSWほか		NST専従者氏名		
現疾患		褥瘡	なしあり()	嚥下障害	なしあり()	前回回診日	年 月 日	
その他の合併疾患※1		感染症	なしあり()	社会的問題点	なしあり()	回診日	年 月 日	
身長	cm	現体重	kg	BMI:	標準体重 (BMI=22)	kg	通常時体重	kg
栄養評価	主観的栄養評価	アルブミン (g/dL)	リンパ球数 (/mm ³)	ヘモグロビン (g/dL)	中性脂肪 (mg/dL)	トランスサイレチン (TTR: プレアルブミン) (mg/dL)		総合評価 (栄養障害の程度)
	良・普通・悪	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	良・軽度・中等度・高度
前回との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪
栄養管理法								
経口栄養	☐ 普通食 ☐ 該当無し ☐ 咀嚼困難食 ☐ 嚥下調整食 学会分類コード:() ☐ 濃厚流動食・経腸栄養剤		経腸栄養※2	☐ 該当無し ☐ 経鼻() ☐ 胃瘻() ☐ 腸瘻()		経静脈栄養	☐ 末梢静脈栄養 ☐ 該当無し ☐ 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)	
栄養投与法の推移(前回との比較) (例:経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養)				☐ 無 () → ()				
投与組成・投与量(該当無しの場合□にチェックを入れること)								
	水分量 (ml/日)	エネルギー (kcal/日)	たんぱく質・アミノ酸 (g/日)					
前回栄養管理プラン※3	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無
実投与量	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無
投与バランス※4	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無
新規栄養管理プラン	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無	☐ 無
栄養管理上の注意点・特徴※5								
活動状況・評価								
他チームとの連携状況	嚥下障害チーム (あり なし)		褥瘡対策チーム (あり なし)		感染対策チーム (あり なし)		緩和ケアチーム (あり なし)	その他のチーム (チーム)
治療法の総合評価※6 【 】 ①改善 ②不変 ③増悪	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 2. 血液学的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 3. 摂食・嚥下状態: 改善度 5・4・3・2・1 4. 褥瘡: 改善度 5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力: 改善度 5・4・3・2・1 6. 7.					コメント※8 【入院中・転院・退院】:		

※1:褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2:投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。

※3:初回時には記載を要しない。

※4:必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※5:栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※6:栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※7:評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5:極めて改善」「4:改善」「3:不変」「2:やや悪化」「1:悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※8:治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあつては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入 院 日：平成 年 月 日
計画着手日：平成 年 月 日
計画作成日：平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
退院に関する患者以外の 相談者	家族 ・その他関係者()
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービスの 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日： 年 月 日

(病棟の退院支援担当者) 印

(入退院支援部門の担当者) 印

(本人)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日：平成 年 月 日
計画着手日：平成 年 月 日
計画作成日：平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整() 2. 受け入れ先の確保が困難() 3. 生活費の確保が困難() 4. 自己負担の費用が増加() 5. その他()
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、 評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設() 3. 介護保険サービスによる入所施設() 4. その他()
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービスの 担当者	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日: 年 月 日

(担当医)

(病棟退院支援計画担当精神保健福祉士)

(本人)

印

印

退院支援計画書

(患者氏名) 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日：平成 年 月 日

退院支援委員会開催日: 平成 年 月 日

患者等への説明日： 平成 年 月 日

計画の変更日: 平成 年 月 日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族 ・その他関係者()
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	
5	退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等 退院支援委員会の審 議等を踏まえ、退院支 援において、特に重点 的に解決を図る必要 があると考えられるも の(最大3つ)を選択し た上で、関連する精神 症状の状況等とともに、	【本人の受け入れ】 ☐退院意欲 ☐退院そのものへの不安 【生活基盤領域】 ☐経済環境 ☐住環境 【健康領域】 ☐服薬管理 ☐食事管理 ☐病気の理解(病識) ☐身体疾患の管理 ☐体力 ☐危機管理 【日常生活領域】 ☐食事の準備 ☐金銭管理 ☐睡眠 ☐外出 【社会生活技能/社会参加領域】 ☐対人関係 ☐日中の過ごし方 ☐就学 ☐就労 ☐その他社会的活動() 【家族支援領域】 ☐家族への情報提供 ☐家族の負担軽減 ☐家族関係調整 【その他】 ☐その他 () 問題点・課題等の詳細
6	その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等 5以外の問題点、課題 等について優先順位を つけて記載すること。	
7	退院予定時期	

8		退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）	
退院意欲の喚起に関すること		【目標】 【実施内容とスケジュール】	
地域生活を 念頭に置いた プログラムや 訓練の実施に 関すること	院内 プログラム	【目標】 【実施内容】 ☐ 心理教育 ☐ 家族心理教育 ☐ 就労・就学支援 ☐ 個別認知行動療法 ☐ 集団認知行動療法 ☐ デイケア等体験利用 ☐ その他（ 【今後のスケジュール】	
	院外 プログラム	【目標】 【実施内容】 ☐ 宿泊 ☐ 買い物 ☐ 公共・金融機関利用 ☐ 交通機関利用 ☐ 住居見学 ☐ 通所施設見学 ☐ 余暇活動 ☐ その他（ 【今後のスケジュール】	
退院後の医療の確保に 関すること		【退院後の医療サービスに関する課題】 【必要な医療サービス】 ☐ 外来通院先の確保 ☐ 身体疾患治療のための通院先の確保 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ デイ・ケア等 ☐ その他（ 【必要な支援と今後のスケジュール】	

[illegible]

	成年後見制度に関すること (※)	【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】
	退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)	【現時点で考えられる主たる援助者】 【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】
	日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)	【日中の活動に関する課題と必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】
9	その他退院支援に関する 特記事項	

(※) 指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

(別紙様式 7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 殿

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

病 棟 (病 室)	
在宅復帰支援担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注 1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。

注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

バーセルインデックス (Barthel Index 機能的評価)

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子から ベッドへの 移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立(洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り)	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ 動作	10	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段 昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便 コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿 コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点(/100点)				

※ 1 得点：0～15点

※ 2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

(別紙様式 8)

短期滞在手術同意書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病 名	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
手術後に起こりうる 症状とその際の対処	

(主治医氏名) _____ 印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術を受けることに同意します。

(患者氏名) _____ 印

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病: □糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生 (才)	

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること		
【検査・問診】	【検査項目】 □身長 (cm) □体重: 現在 (kg) → 目標 (kg) □BMI () □腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm) □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □収縮期/拡張期血圧: 現在 (/ mmHg) → 目標 (/ mmHg) □運動負荷心電図 □その他 ()	【血液検査項目】 (採血日 月 日) □血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間) (mg/dl) □HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%) □総コレステロール (mg/dl) □中性脂肪 (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □LDLコレステロール (mg/dl) □その他 ()
	【問診】 □食事の状況 □運動の状況 □たばこ □その他の生活	
	【①達成目標】: 患者と相談した目標 ()	
	【②行動目標】: 患者と相談した目標 ()	
【重点を置く領域と指導項目】	□食事 □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項 () □油を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす □その他 () □節酒: [減らす (種類・量: を週 回)] □間食: [減らす (種類・量: を週 回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) 担当者の氏名 (印)	
	□運動 □運動処方: 種類 (ウォーキング・) 時間 (30分以上・)、頻度 (ほぼ毎日・週 日) 強度 (息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加 (例: 1日1万歩・) 担当者の氏名 (印) □運動時の注意事項など ()	
	□たばこ □非喫煙者である 担当者の氏名 (印) □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等	
	□その他 □仕事 □余暇 □睡眠の確保 (質・量) □減量 □家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 (印) □その他 ()	
	【服薬指導】 □処方なし □薬の説明 担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】		
【他の施設の利用状況について】		
【特定健康診査の受診の有無】	□有 □無	
【特定保健指導の利用の有無】	□有 □無	
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有 □無	
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		
患者署名		
医師氏名 (印)		

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名:	(男・女)	主病:
生年月日:明・大・昭・平 年 月 日生(才)		☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること		
【検査・問診】	【検査項目】 ☐ 体重:現在(kg)→目標(kg) ☐ BMI () ☐ 腹囲:現在(cm)→目標(cm) ☐ 栄養状態(低栄養状態の恐れ 良好 肥満) ☐ 収縮期/拡張期血圧:現在(/ mmHg) →目標(/ mmHg) ☐ 運動負荷心電図 ☐ その他 ()	【血液検査項目】(採血日 月 日) ☐ 血糖(☐ 空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後()時間) () mg/dl ☐ HbA1c:現在 (%)→目標(%) ☐ 総コレステロール () mg/dl ☐ 中性脂肪 () mg/dl ☐ HDLコレステロール () mg/dl ☐ LDLコレステロール () mg/dl ☐ その他 ()
	【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標 【①達成目標】:患者と相談した目標 ()	
	【②行動目標】:患者と相談した目標 ()	
	医師氏名 (印)	
【重点を置く領域と指導項目】	☐ 食事 ☐ 今回は、指導の必要なし ☐ 食事摂取量を適正にする ☐ 食塩・調味料を控える ☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 外食の際の注意事項() ☐ 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ☐ その他() ☐ 節酒:[減らす(種類・量:)を週()回]] ☐ 間食:[減らす(種類・量:)を週()回]] ☐ 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) ☐ 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	担当者の氏名 (印)
	☐ 運動 ☐ 今回は、指導の必要なし ☐ 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) ☐ 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) ☐ 運動時の注意事項など()	担当者の氏名 (印)
	☐ たばこ ☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)
	☐ その他 ☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保(質・量) ☐ 減量 ☐ 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) ☐ その他()	担当者の氏名 (印)
服薬指導	☐ 処方なし ☐ 薬の説明	担当者の氏名 (印)
【療養を行うにあたっての問題点】		
【他の施設の利用状況について】		
【特定健康診査の受診の有無】	☐ 有 ☐ 無	
【特定保健指導の利用の有無】	☐ 有 ☐ 無	
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	☐ 有 ☐ 無	

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。	患者署名
	医師氏名 (印)

「小児かかりつけ診療料」に関する説明書

当院では、当院を継続して受診され、同意された患者さんに、小児科の「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 急な病気の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います。
- 発達段階に応じた助言・指導等を行い、健康相談に応じます。
- 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
- 「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さんからの電話等による問い合わせに常時対応しています。

当院がやむを得ず対応できない場合などには、下記の提携医療機関や、小児救急電話相談にご相談ください。

連絡先	▲▲医院	●●●—●●●—●●●●●
	提携医療機関 ◆◆医院	●●●—●●●—●●●●●
	小児救急電話相談	#●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

- 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ちください。(母子健康手帳に記載されています。)

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○○○を主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※ 「小児かかりつけ診療料」は1人の患者さんにつき1か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出ください。

（患者氏名）

（保護者署名）

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名

印

患者氏名						性別	男	・	女
患者住所									
電話番号									
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	職業			

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名
性別 (男 ・ 女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業
住所
電話番号

診 療 形 態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日)	情報提供回数 回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア.脳血栓 イ.脳塞栓 ウ.不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血	
	4. その他の脳血管障害	
	発 症 年 月 日	平成 年 月 日
	受 診 年 月 日	平成 年 月 日
	初 発 / 再 発	1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)
その他の傷病名		

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。

C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (A D L) の状況 (該当するものに○)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。

III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。

IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。

M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式12の2)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名 印

患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生		
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父: ()歳 職業()	母: ()歳 職業()	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方	電話番号	(自宅・実家・その他)
入退院日	入院日 : 平成 年 月 日	退院(予定)日 : 平成 年 月 日	
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 () 在胎 : ()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重 : ()g 身長 : ()cm 出生時の特記事項 : 無・有 () 妊娠中の異常の有無 : 無・有 () 妊婦健診の受診有無 : 無・有 (回:)		家族構成 育児への支援者:無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴	
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする	
		・その他()	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害()	
		・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他()	
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()	
	同胞の状況	・同胞に疾患()・同胞に障害()	
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	
情報提供の目的とその理由			

*備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名 印

患者の氏名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 ()歳 職業()		
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生まれ		
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の 住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)		
入退院日	入院日：平成 年 月 日 退院(予定)日：平成 年 月 日		
今回の 出産時の 状況	出産場所：当院・他院 () 在胎：()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出産時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦健診の受診有無：無・有(回：)		家族構成 育児への支援者：無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()	
	他の児の状況	・疾患()・障害()	
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	
情報提供の 目的とその 理由			

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。

3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 印

患者氏名		性別	男 ・ 女
		職業	
電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳
患者住所			
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日:昭和・平成 年 月 日		
	発症日:昭和・平成 年 月 日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	外来 ・ 訪問診療 ・ 入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日
			退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			
障害高齢者の生活自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ IIa ☐ IIb ☐ III ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			

(別紙様式 13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設・介護医療院

医療機関名

住 所

電 話

(F A X .)

医 師 氏 名

印

患 者	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 生 (歳)	

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

(別紙様式 16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	(歳)
患者住所									電話 () -
主たる傷病名	(1)		(2)		(3)				
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状 態								
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1.		2.					
		3.		4.					
		5.		6.					
	日常生活 自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1 C 2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
	要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)							
褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度								
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル(部位: サイズ、日に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()								
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項									
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他									
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)									
緊急時の連絡先 不在時の対応法									
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)									
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名) さんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有:訪問介護事業所名)									

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

精神科訪問看護指示書

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	施設名
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤 の用量・用法	
	病名告知	あり ・ なし
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし
	複数回訪問の必要性	あり ・ なし
日常生活自立度	認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M)	
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善（家族含む） 4 社会資源活用の支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
主治医との情報交換の手段		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式17の2)

精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。) (該当する項目に○をつけてください) (複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由：) (短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由：) 特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください) 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状 (観察が必要な事項：) 4 身体症状 (観察が必要な事項：) 5 その他 ()	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

神経学的検査チャート

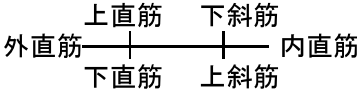
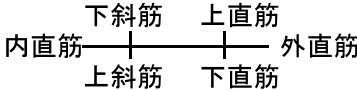
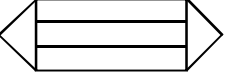
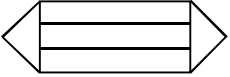
年 月 日 時 分

患者氏名

患者ID

患者性別 男 女 年齢

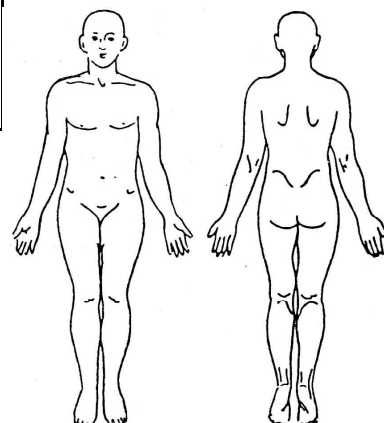
- 1) 意識・精神状態 a) 意識 : 清明、異常 ()
 * Japan Coma Scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
 * Glasgow Coma Scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total)
 b) 検査への協力 : 協力的、非協力的
 c) けいれん : なし、あり ()
 d) 見当識 : 正常、障害 (時間、場所、人)
 e) 記憶 : 正常、障害 ()
 f) 数字の逆唱 : 286、3529
 g) 計算 : $100 - 7 =$ $93 - 7 =$ $86 - 7 =$
 h) 失行 ()、失認 ()
- 2) 言語 正常、失語 ()、構音障害 ()、嚥声、開鼻声
- 3) 利き手 右、左
- 4) 脳神経

	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、 	正、 
眼底	正常、動脈硬化 () 度、出血、白斑、うっ血乳頭、視神経萎縮	
眼裂	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視 ()、偏視 ()、突出 ()	
眼球運動		
眼振		
複視	(-) (+) : 方向 ()	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	正円、不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	正常、障害
顔面感覚	正常、障害	正常、障害
上部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
下部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
聴力	正常、低下	正常、低下
めまい	(-) (+) : 回転性・非回転性 ()	
耳鳴り	(-) (+)	(-) (+)
軟口蓋	正常、麻痺	正常、麻痺
咽頭反射	(+) (-)	(+) (-)
嚥下	正常、障害 ()	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	正常、麻痺
上部僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏倚	(-) (+) : 偏倚 (右 左)	
舌萎縮	(-) (+)	(-) (+)
舌線維束性収縮	(-) (+)	

- 5) 運動系
- a) 筋トーンス 上肢（右・左、正常 痙縮 強剛 低下）その他（ ）
 下肢（右・左、正常 痙縮 強剛 低下）
- b) 筋萎縮 （－）（＋）：部位（ ）
- c) 線維束性収縮 （－）（＋）：部位（ ）
- d) 関節 変形、拘縮：部位（ ）
- e) 不随意運動 （－）（＋）：部位（ ）、性質（ ）
- f) 無動・運動緩慢 （－）（＋）
- g) 筋力 正常、麻痺：部位（ ）、程度（ ）

		右	左		右	左
頸部屈曲	C1～6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	上肢バレー	(-) (+)	(-) (+)
伸展	C1～T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	(下肢バレー)	(-) (+)	(-) (+)
三角筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	Mingazzini	(-) (+)	(-) (+)
上腕二頭筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	握力	kg	kg
上腕三頭筋	C6～8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
手関節背屈	C6～8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
掌屈	C6～8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
母指対立筋	C8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
腸腰筋	L1～4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
大腿四頭筋	L2～4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
前脛骨筋	L4,5	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
下腿三頭筋	S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			

筋萎縮・感覚



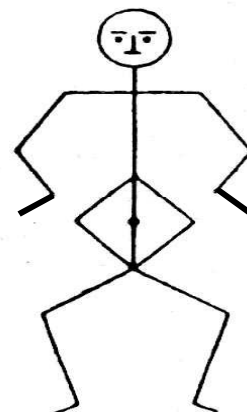
- 6) 感覚系
- a) 触覚 正常、障害：部位（ ）
- b) 痛覚 正常、障害：部位（ ）
- c) 温度覚 正常、障害：部位（ ）
- d) 振動覚 正常、障害：部位（ ）
- e) 位置覚 正常、障害：部位（ ）
- f) 異常感覚・神経痛 （－）（＋）：部位（ ）

7) 反射

	右	左		右	左		右	左
ホフマン	(-) (+)	(-) (+)	バビンスキー	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
トレムナー	(-) (+)	(-) (+)	チャドック	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
(腹壁) 上			(膝クロース)	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
下			足クロース	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)

8) 協調運動

	右	左
指一鼻一指	正常、拙劣	正常、拙劣
かかと一膝	正常、拙劣	正常、拙劣
反復拮抗運動	正常、拙劣	正常、拙劣



- 9) 髄膜刺激徴候 項部硬直 （－）（＋）、ケルニツヒ徴候 （－）（＋）
- 10) 脊柱 正常、異常（ ）、ラゼーグ徴候 （－）（＋）
- 11) 姿勢 正常、異常（ ）
- 12) 自律神経 排尿機能 正常、異常（ ）
 排便機能 正常、異常（ ）
 起立性低血圧 （－）（＋）
- 13) 起立、歩行 ロンベルク試験 正常、異常、マン試験 正常、異常
 歩行 正常、異常（ ）
 つぎ足歩行（可能・不可能）、しゃがみ立ち（可能・不可能）

神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師

署名

(別紙様式 19 の2)

小児神経学的検査チャート

月 日 時 分

患者氏名 _____ (男、女)

患者 ID _____

生年月日 _____ 年 月 日

年齢 _____ 歳 ヶ月 (修正 歳 ヶ月)

1 身体発育：身長 _____ cm (_____ SD)、体重 _____ kg (_____ SD)、頭囲 _____ cm (_____ SD)

2 発達指数 (DQ) 遠城寺式乳幼児分析の発達検査表またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。

□遠城寺 移動 _____、手運動 _____、基本習慣 _____、対人関係 _____、発語 _____、言語理解 _____

□デンバー 粗大運動 _____、言語 _____、微細運動 - 適応 _____、個人-社会 _____

3 精神状態

a) 意識：清明，意識不鮮明，傾眠，混迷，半昏睡，昏睡，せん妄

b) Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)

4 行動 多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、(_____)

5 肢位・姿勢・不随意運動 (寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可)

除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、(_____)

不随意運動 (- ・ + 種類 _____ 部位： _____)

6 移動、起立、歩行

背這い、寝返り、座位移動、ずり這い、高這い、伝い歩き、独歩

片足立ち (右 秒 / 左 秒、不能) つぎ足歩行 (可能 不能)

かかと歩き (可能 不能) つま先歩き (可能 不能)

ガワーズ徴候 (- / +)

7 脳神経

Ⅱ 視力 (右：正常，低下 左：正常，低下)

視野 (右：正常，低下 左：正常，低下)

眼底：乳頭 (正常，浮腫，充血，萎縮)、網膜 (正常、 _____)

Ⅲ, Ⅳ, Ⅵ (固視、追視、 _____)

眼瞼下垂 (右： - / + 左： - / +) 眼球位置 (正常，斜視，共同偏視)

眼球運動 (正常 , 異常 (_____)) 眼振 (- / +)

瞳孔：(正円，不正，縮瞳，散瞳，瞳孔不同) 対光反射 (右： - / + 左： - / +)

V 咀嚼について問診 (正常・異常 (_____))

下顎の運動 (正常、異常) 咬筋 側頭筋 (正常、異常)

Ⅶ 口角 (対称，非対称) 閉眼 (正常 , 異常)

Ⅷ 聴力 (正常、異常) 視運動性眼振 (- / +) 回転誘発眼振 (- / +)

Ⅸ, X 嚥下障害 (- / +) 咽頭反射 (- / +) 軟口蓋 (対称、非対称)

嚔声（－／＋） 鼻声（－／＋）

XI 胸鎖乳突筋（右： 左： ） 僧帽筋（右： 左：）

XII 舌運動（正常 ， 異常） 舌萎縮（－／＋） 線維束性攣縮 （－／＋）

8 感覚 痛覚 正常，障害（部位 ）

9 筋力 年長児はMMT(0.~5)、乳幼児はADLでの評価で代替可

	右	左
上肢バレー	－／＋	－／＋
上腕二頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
上腕三頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
大腿屈筋群	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
前脛骨筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
腓腹筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

10 筋肉量

筋萎縮 （－／＋） （部位： ）

肥大／仮性肥大 （－／＋） （部位： ）

11 筋緊張

硬さ 正常 亢進 低下（部位 ）

被動性 正常 亢進 低下（部位 ）

伸展性 Double folding（－／＋） 逆U姿勢（－／＋）

Slip through sign（－／＋） スカーフ徴候（－／＋） 踵耳徴候（－／＋）

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈（背屈）角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮 －／＋ （部位 ）

関節変形 －／＋ （部位 ）

12 深部腱反射

	右	左
下顎	－ ＋ 2+	
上腕二頭筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
上腕三頭筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
腕とう骨筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
膝蓋腱	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+

アキレス腱	－ ± ＋ 2＋ 3＋	－ ± ＋ 2＋ 3＋
-------	-------------	-------------

13 病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	－ ＋	－ ＋
チャドック	－ ＋	－ ＋
手掌頤	－ ＋	－ ＋
ワルテンベルグ	－ ＋	－ ＋
足クローヌス	－ ＋	－ ＋

14 原始反射 乳探し反応（－／＋）吸啜反応（－／＋）

モロー反射（－／＋） 手掌把握（－／＋） 足底把握（－／＋）

逃避反射（－／＋） 交差伸展反射（－／＋）

足踏み反射（－／＋） 踏み直り反射（－／＋） ギャラン反射（－／＋）

15 姿勢反射 非対称性緊張性頸反射（－／＋）引き起こし反応（－／＋）

陽性支持反応（－／＋） パラシュート反応 前方（－／＋）

ランドー反応（－／＋） ホッピング反応（－／＋）

16 髄膜刺激症状 大泉門（ × cm、陥凹、平坦、膨隆）

項部硬直（－／＋）

ケルニッヒ徴候（－／＋） ブルジンスキー徴候（－／＋）

17 神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師

署名 _____

(別紙様式 20)

平成 年 月 日

主 治 医 氏 名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名)

印

(家族等氏名)

印

(患者との続柄：)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要