

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（平成 年 月 日～ 年 月 日）

事業者		事業者種別			
		事業者名称			
対象者	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
	住所	電話 () -			
	要介護認定区分	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)			
	障害程度区分	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4 区分 5 区分 6
	主たる疾患(障害)名				
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養			
指示内容	具体的な提供内容				
	喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む）				
	経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む）				
	その他留意事項（介護職員等）				
		その他留意事項（看護職員）			
(参考) 使用医療機器等		1. 経鼻胃管	サイズ：_____Fr、種類：_____		
		2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：_____Fr、_____cm		
		3. 吸引器			
		4. 人工呼吸器	機種：_____		
		5. 気管カニューレ	サイズ：外径_____mm、長さ_____mm		
		6. その他			
緊急時の連絡先					
不在時の対応法					

※ 1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。

2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長) 殿

別紙36

抗不安薬

オキサゾラム
クロキサゾラム
クロラゼブ酸二カリウム
ジアゼパム
フルジアゼパム
ブロマゼパム
メダゼパム
ロラゼパム
アルプラゾラム
フルタゾラム
メキサゾラム
トフィソパム
フルトプラゼパム
クロルジアゼポキシド
ロフラゼブ酸エチル
タンドスピロンクエン酸塩
ヒドロキシジン塩酸塩
クロチアゼパム
ヒドロキシジnPアモ酸塩
エチゾラム
ガンマオリザノール

睡眠薬

ブロモバレリル尿素
抱水クロラール
エスタゾラム
フルラゼパム塩酸塩
ニトラゼパム
ニメタゼパム
ハロキサゾラム
トリアゾラム
フルニトラゼパム
ブロチゾラム

ロルメタゼパム
クアゼパム
アモバルビタール
バルビタール
フェノバルビタール
フェノバルビタールナトリウム
ペントバルビタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクロン
ラメルテオン
スボレキサント

抗うつ薬

クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ノルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ペモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラゾドン塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシبران塩酸塩
パロキセチン塩酸塩水和物
塩酸セルトラリン
ミルタザピン
デュロキセチン塩酸塩
エスシタロプラムシュウ酸塩

ベンラファキシン塩酸塩

抗精神病薬(○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)

<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩

クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩

ペルフェナジンフェンジゾ酸塩

ペルフェナジン

ペルフェナジンマレイン酸塩

プロペリシアジン

フルフェナジンマレイン酸塩

プロクロルペラジンマレイン酸塩

レボメプロマジンマレイン酸塩

ピパンペロン塩酸塩

オキシペルチン

スピペロン

スルピリド

ハロペリドール

ピモジド

ゾテピン

チミペロン

ブロムペリドール

クロカプラミン塩酸塩水和物

スルトプリド塩酸塩

モサプラミン塩酸塩

ネモナブリド

レセルピン

△ ハロペリドールデカン酸エステル

△ フルフェナジンデカン酸エステル

<非定型薬>

○△リスペリドン

○ クエチアピルフマル酸塩

○ ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)

○ オランザピン

○△アリピプラゾール(アリピプラゾール水和物)

○ ブロナンセリン

- クロザピン
- パリペリドン
- △パリペリドンパルミチン酸エステル
- アセナピンマレイン酸塩

別紙 36 の 2

抗精神病薬一般名	クロルプロマジン 100mg 相当量
クロルプロマジン塩酸塩	100 mg
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	100 mg
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩	10 mg
ペルフェナジン	10 mg
ペルフェナジンマレイン酸塩	10 mg
プロペリシアジン	20 mg
フルフェナジンマレイン酸塩	2 mg
プロクロルペラジンマレイン酸塩	15 mg
レボメプロマジンマレイン酸塩	100 mg
ピパンペロン塩酸塩	200 mg
オキシペルチン	80 mg
スピペロン	1 mg
スルピリド	200 mg
ハロペリドール	2 mg
ピモジド	4 mg
ゾテピン	66 mg
チミペロン	1.3 mg
ブロムペリドール	2 mg
クロカブラミン塩酸塩水和物	40 mg
スルトブリド塩酸塩	200 mg
モサブラミン塩酸塩	33 mg
ネモナブリド	4.5 mg
レセルピン	0.15 mg
リスペリドン	1 mg
クエチアピルフマル酸塩	66 mg
ペロスピロン塩酸塩水和物（ペロスピロン塩酸塩）	8 mg
オランザピン	2.5 mg
アリピプラゾール	4 mg
ブロナンセリン	4 mg
クロザピン	50 mg
パリペリドン	1.5 mg
パリペリドンパルミチン酸エステル	1.5 mg

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害用 院内標準診療計画書

患者氏名		様(男・女)		(M・T・S) 年 月 日生(歳)		身体疾患							
担当者 サイン		主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の 担当者			
目標								入院形態					
		入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師 (通常の診察は 除く)		☐ 身体疾患の確認 (他科医師との連携)											
		☐ 入院治療・行動制限の同意取得 (行動制限は必要時)	☐ 入院形態・行動制限の見直し		☐ 入院形態・行動制限の見直し			☐ 入院形態・行動制限の見直し				☐ 入院形態・行動制限の見直し	
		☐ 治療状況の確認と対処											
看護師		☐ 身体症状の評価 ☐ 精神症状の評価※3	☐ 身体症状の評価										
		生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4		生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4				生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(2か月で退院する場合)				生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(3か月で退院する場合)	
精神保健福祉士		本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う ☐ 関係機関への連絡・調整※5 ☐ 経済状況 ☐ 生活環境	☐ 社会資源 チェックリスト作成※6					☐ 社会資源 チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※6				☐ 社会資源 チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※6	
								☐ 退院支援 チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※7				☐ 退院支援 チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※7	
薬剤師等※1		☐ 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り	☐ 服薬指導		☐ 服薬指導			☐ 退院時患者・家族服薬指導(2ヶ月で退院する場合)				☐ 退院時患者・家族服薬指導(3ヶ月で退院する場合)	
		☐ 持参薬チェック	☐ 薬剤の副作用等の評価※8		☐ クロロプロマジン(CP)換算を行い、処方量の確認を行う ☐ 薬剤の副作用等の評価※8			☐ CP換算を行い、処方量の確認 ☐ 薬剤の副作用等の評価※8				☐ CP換算を行い、処方量の確認 ☐ 薬剤の副作用等の評価※8	
公認心理師		☐ 精神症状の評価※9	☐ 精神症状の評価※10		☐ 精神症状の評価※9			☐ 精神症状の評価※9				☐ 精神症状の評価※9	
作業療法士等※2		☐ 認知機能の評価※11											
		☐ 作業療法法のオリエンテーション ☐ 作業療法実施計画立案	☐ 作業能力評価※12		☐ 作業能力評価※12			☐ 作業能力評価※12				☐ 作業能力評価※12	
チーム共通	医師、看護師、薬剤師等	☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※19	☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※19		☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※19			☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※19				☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※19	
	医師、看護師、公認心理師等			☐ 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15				☐ 疾患に対する教育(家族とともにに振り返り)				☐ 疾患に対する教育(家族とともにに振り返り)	
								☐ 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 3ヶ月で退院する場合※15				☐ 疾患に対する教育(家族とともにに振り返り)	
	全職種	☐ 退院前訪問指導※13	☐ 地域移行支援カンファレンス※14		☐ 地域移行支援カンファレンス※14		☐ 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※17	☐ 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※16	☐ 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18		☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※17	☐ 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※16	☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もPANSS－EC評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAF-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9PANSS又はMS評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※10PANSS又はMSIに加え、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11BACS-J/WCST慶應版等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12 OSA II 等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13入院前の生活環境把握を行う
※14地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※15疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※16※14に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※17退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※18退院後の具体的環境調整を行う
※19自己決定への支援(服薬、金銭等)

気分(感情)障害用 院内標準診療計画書

患者氏名	様(男・女)						(M・T・S) 年 月 日生(歳)	身体疾患			
								既往歴			
担当者 サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の 担当者		

目標								入院形態				
----	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--

	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師 (通常の診察は 除く)	☐ 身体疾患の確認 (他科医師との連携) ☐ 入院治療・行動制限の同意取得 (行動制限は必要時) ☐ 治療状況の確認と対処	☐ 入院形態・行動制限の見直し		☐ 入院形態・行動制限の見直し			☐ 入院形態・行動制限の見直し				☐ 入院形態・行動制限の見直し	
看護師	☐ 隔離している場合、精神症状の評価※3 ☐ 睡眠(自己・看護師評価) ☐ 生活自立度自己チェック※4	☐ 隔離している場合、精神症状の評価※3		☐ 生活自立度自己チェック※4			生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(2か月で退院する場合)				生活援助 ☐ 生活自立度自己チェック※4 ☐ 退院後の生活について(3か月で退院する場合)	
精神保健福祉士	本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う ☐ 関係機関への連絡・調整※5 ☐ 経済状況 ☐ 生活環境 ☐ 職場・家族との調整	☐ 社会資源 チェックリスト作成※6		☐ 社会資源 チェックリスト作成※6 ☐ 利用サービスの確認(本人・家族) ☐ 関係機関との連携			☐ 関係機関との連携				☐ 関係機関との連携	
							(2ヶ月で退院する場合) ☐ 退院支援 チェックリスト※7 ☐ 退院後の習慣スケジュール確認(本人・家族)				(3ヶ月で退院する場合) ☐ 退院支援 チェックリスト※7 ☐ 退院後の習慣スケジュール確認(本人・家族)	
薬剤師等※1	☐ 入院時患者・家族等から服薬状況を聞き取り	☐ 服薬指導(薬の説明・副作用の有無確認)		☐ 服薬指導			☐ 服薬指導 ☐ 退院時患者・家族服薬指導(2か月で退院する場合)				☐ 服薬指導 ☐ 退院時患者・家族服薬指導(3か月で退院する場合)	
	☐ 持参薬チェック ☐ 薬剤の副作用等の評価※8	☐ 薬剤の副作用等の評価※8 ☐ 処方内容／量の確認 ☐ 抗精神病薬を処方されている場合は、クロルプロマジン(OP)換算を行い処方量を確認		☐ 薬剤の副作用等の評価※8			☐ 薬剤の副作用等の評価※8 ☐ 処方内容／量の確認 ☐ 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認				☐ 薬剤の副作用等の評価※8 ☐ 処方内容／量の確認 ☐ 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認	
公認心理師	☐ 精神症状の評価※9	☐ 精神症状の評価※10		☐ 精神症状の評価※11			☐ 精神症状の評価※12 ☐ WAIS-Ⅲ(必要時)				☐ 精神症状の評価※12 ☐ WAIS-Ⅲ(必要時)	
作業療法士等※2			集団作業療法導入への説明、段階的導入				精神科リハビリテーションの確認				精神科リハビリテーションの確認	
	☐ 作業療法のオリエンテーション ☐ 作業療法実施計画立案	☐ 作業能力評価※13		☐ 作業能力評価※13			☐ 作業能力評価※13				☐ 作業能力評価※13	
医師・看護師・薬剤師		☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※20		☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※20			☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※20			☐ 患者・家族と共に治療方針の決定※20		
チーム共通	臨床心理士・PSW・看護師・薬剤師	家族への家族教室案内	会社・家族への心理教育	家族への心理教育案内	会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育	
全職種	☐ 退院前訪問指導※14	☐ 地域移行支援カンファレンス※15		☐ 地域移行支援カンファレンス※15	☐ 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18		☐ 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※17	☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※19	☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18	☐ 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※17	☐ 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※19	

※1 薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2 作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3 隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4 生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5 関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6 社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7 退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8 薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9 HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-II等、これに準ずるもの評価ができるものを用いて評価を行う
※10 HAM-D、YMRS、MADRS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11 HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12 HAM-D、YMRS、MADRS、SCID-II等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13 POMS、WCST等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※14 入院前の生活環境把握を行う
※15 地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※16 疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※17 ※15に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※18 退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※19 退院後の具体的環境調整を行う
※20 自己決定への支援(内服、金銭等)

退院支援委員会会議記録

(患者氏名) _____ 殿 生年月日 T・S・H 年 月 日

委員会開催日:平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名	
入院年月日	
担当退院支援相談員の氏名	
出席者	主治医()、主治医以外の医師() 看護職員() 担当退院支援相談員() 本人(出席 ・ 欠席)、 家族((続柄)) その他()
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 社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される 社会福祉サービスの 担当者	

(担当医)

印

(記録者署名)

印

別紙様式 39

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
（区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、「I002」
通院・在宅精神療法、「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精
神薬多剤投与に係る部分）

区 分	氏 名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

〔記載上の注意〕

- 1 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
 - ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
 - ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
 - ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「（1） 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
 - ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 2 「1」について確認できる文書を添付すること。

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近 3 月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名			
郵便番号			
住所			
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない		
対象期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日の 3 月間		
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)	名		

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでの向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
	うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②		
		うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④
名	名	名	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでの向精神薬多剤投与とは、抗不安薬 3 種類以上、睡眠薬 3 種類以上、抗うつ薬 3 種類以上又は抗精神病薬 3 種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
	向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤					
		うち、抗不安薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬 3 種類以上又は抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑧		
					うち、抗うつ薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑩
名	名	名	名	名	名	名

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ ⑧／②が 10%未満であるか、又は⑧が 20 名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料（3）（イ）から（ニ）への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。

1ヶ月目・2ヶ月目・3ヶ月目・4ヶ月目・5ヶ月目・6ヶ月目（該当する項目を○で囲んでください。）

総合支援計画書

フリガナ 氏 名		生年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日（ 歳）	性別	男・女
（１）病名 主たる精神障害：_____ 従たる精神障害：_____ 身体合併症：_____								
（２）直近の入院状況 ・直近の入院日： 年 月 日 ・退院日： 年 月 日 ・入院期間： 年 ヶ月 ・入院形態：□任意 □医療保護 □措置（緊急措置含） □応急 □医療観察法 ・退院時 GAF（ ） ・通院困難な理由（ ）								
（３）現在の病状、状態像等（本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載）								
本人								
医療者								
（４）処方内容								
（５）生活能力の状態 1. 現在の生活環境 □独居 □家族等と同居 □入所（施設名： ） □その他（ ） ◎家族の協力体制 【あり・困難】 2. 日常生活動作（ADL） ・ベッド上の可動性 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・移乗 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・食事 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・トイレの使用 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・入浴 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・衣服の着脱 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 3. 日常生活能力の判定 ・適切な食事摂取 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・身辺の清潔保持・規則正しい生活 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・金銭管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・買物 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・服薬管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・対人関係 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・身辺の安全保持・危機対応 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・交通手段の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 （６）各種サービス利用状況（支援計画策定時点） ・精神障害者保健福祉手帳（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害年金（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害程度／支援区分（□区分 1、□区分 2、□区分 3、□区分 4、□区分 5、□区分 6、□申請中、□非該当、□申請なし） ・要介護認定（□要支援 1、□要支援 2、□要介護 1、□要介護 2、□要介護 3、□要介護 4、□要介護 5、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 □有 □無								
（７）再発予防・健康維持のための目標（1 ヶ月後） □病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □日常生活の管理 □趣味・娯楽への関心 □就労・就学 □その他（ ）								

（８）今後必要とされる収入源 □ 不要 □就労 □家族からの援助 □障害年金 □老齢基礎年金 □生活保護 □その他（ ）	
（９）今後必要とされる各種のサービス 1. 精神科医療 □精神科通院（当院、他院） □精神科デイケア □精神科デイナイトケア、□精神科ナイトケア 2. 障害者総合支援法等に規定するサービス □重度訪問介護【 回／週】 □行動援護【 回／週】 □グループホーム【 回／週】、 □生活介護【 回／週】 □居宅介護（ホームヘルプ）【 回／週又】 □地域活動支援センター【 回／週】 □保健所による訪問【 回／週】 □その他サービス（ ）【 回／週】 3. その他（ ）	
（１０）連携すべき関係機関 □保健所 □精神保健福祉センター □市町村 □相談支援事業所 □居宅介護支援事業所 □その他（ ）	
（１１）この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標	
（１２）訪問予定日 □「訪問診療」 [担当 _____] 訪問予定日： 月 日（ ）、 月 日（ ）、 月 日（ ）、 月 日（ ）、 月 日（ ） □「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」 訪問予定日： 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____] 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____] 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____] 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____] 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____]、 月 日（ ）[担当 _____]	
（１３）（７）～（１１）を達成するための、具体的な支援計画 □「病気の症状・お薬について」 担当者／職種 _____ 支援計画（ _____ ） □「看護・介護について」 担当者／職種 _____ 支援計画（ _____ ） □「社会生活機能の回復について」 担当者／職種 _____ 支援計画（ _____ ） □「社会資源について」 担当者／職種 _____ 支援計画（ _____ ） □「その他行うべき支援」 担当者／職種 _____ 支援計画（ _____ ） ----- 本人・家族氏名： _____ 医師： _____ 看護師： _____ 作業療法士： _____ 精神保健福祉士： _____ その他関係職種： _____	

医療機関所在地：_____	診療担当科名：_____
名 称：_____	医師氏名 （ 自署又は記名押印 ） _____
電 話 番 号：_____	_____ ㊞
緊急時電話番号： _____	

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種 ・氏名	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	

2. 情報収集及び評価

患者の病状や 障害像	☐ 退院時 ADL 予後: 主な移動方法() → 自立 ・ 要介助 ・ 全介助 ☐ 認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する 住環境の状況	☐ 主な居室() と主たる移動場所() ☐ 室内の段差: 無・有り(場所) ☐ 手すり: 無・あり(場所) ☐ 近隣の店までの距離(m)
患者、家族の 住環境に関する 希望等	
その他(食事、整 容、入浴、排泄、介 護状況、移動手段等 の特記事項)	
コメント・評価 (解決すべき住環境 課題について記入)	

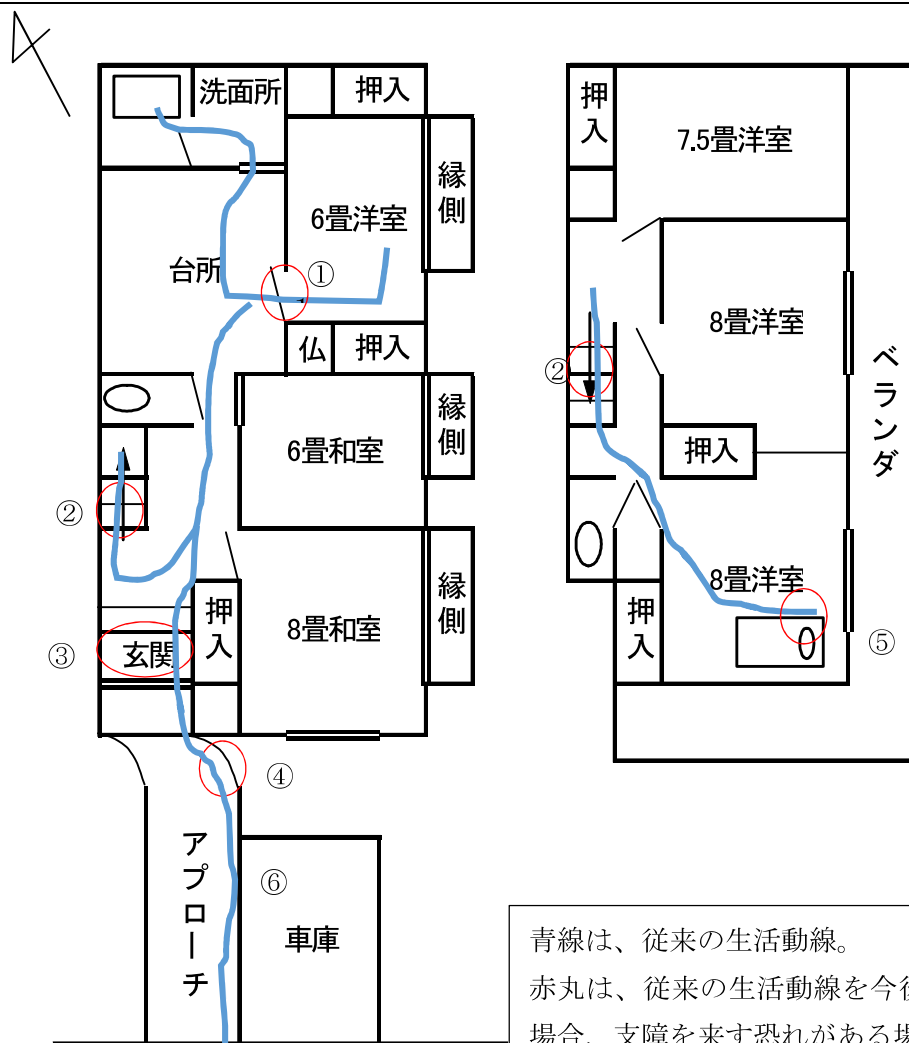
3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

[記入上の注意]

1. 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
2. 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

(参考) 作図の場合



(自宅生活を実現するために検討すべき事項)

- ① 幅 80 CM、車いすは困難。歩行移動が必要
- ② 階段 10 段。手すり右にしかない。
- ③ 1 段差 20 CM。改修は困難な見込。上がる能力が必要。
- ④ ここだけ、手すりが付けられない空白部分。避ける動線にすべき。
- ⑤ ベッドの向きを反対にし突っ張り棒を導入すると、自力で起居できる可能性が高まる。
- ⑥ アプローチは石畳。車いす移動は困難。デイケアの送迎車に乗るため、介助歩行の獲得が必要。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏 名 _____ 殿 男 女

明・大・昭・平 年 月 日 生 (歳)

計画作成日 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

褥瘡発生日 _____

＜日常生活自立度の低い入院患者＞					危険因子の評価	対処
日常生活自立度		J (1, 2)	A (1, 2)	B (1, 2)	C (1, 2)	
▪基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)				できる	できない	
(イス上 坐位姿勢の保持、除圧)				できる	できない	
▪病的骨突出				なし	あり	
▪関節拘縮				なし	あり	
▪栄養状態低下				なし	あり	
▪皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)				なし	あり	
▪皮膚の脆弱性(浮腫)				なし	あり	
▪皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)				なし	あり	

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞

※両括弧内は点数

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能の場合							合計点
	滲出液	(0)なし (1)少量: 毎日の交換を要しない (3)中等量: 1日1回の交換 (6)多量: 1日2回以上の交換							
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直行する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上	
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		(3)局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)		(9)全身的影響あり (発熱など)		
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
	壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり				
	ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直行する最大径)－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上	

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容(初回及び評価カンファレンスの記録及び月1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載)

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回 月 日			
評価 月 日			
評価 月 日			

評価

説明日 平成 年 月 日

本人又は家族(続柄)の署名 _____
在宅褥瘡対策チーム構成員の署名 _____
医師 _____
看護師 _____
管理栄養士 _____
在宅褥瘡管理者 _____

- [記載上の注意]
- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
 - 2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本等の受取又は受信側

病理標本等の受取又は受信側の医療機関名：	
担当医：	科 殿 依頼日：平成 年 月 日

標本等の送付又は送信側

病理標本等の送付又は送信側の医療機関名：	
所在地：	
電話番号：	医師氏名： 提出医サイン：
送付又は送信する材料 ☐ 病理組織標本 ☐ 病理検体 ☐ 病理組織標本のデジタル病理画像	
標本作製の場所(標本又はデジタル病理画像を送付する場合)：院内・院外(施設名称： 標本番号：)	
患者氏名：	(フリガナ) 性別：男・女
患者住所	
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日(歳)	職業：(具体的に)電話番号：
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解：有・無	
傷病名：	
臨床診断・臨床経過：	
肉眼所見・診断(略図等)：	
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く)：	
採取日又は手術日： 年 月 日	
提出臓器とそれぞれの標本又はデジタル病理画像の枚数：1. 2. 3. その他	
既往歴：	
家族歴：	
感染症の有無：有()・無	
治療情報・治療経過：	
現在の処方：	
病理診断に際しての要望：	
備考：	

病理診断科使用欄:病理診断科ID

☐病理診断管理加算1 ☐病理診断管理加算2 ☐悪性腫瘍病理組織標本加算 ☐標本作製料 ☐病理診断料 ☐免疫染色等()

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること

※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

別紙様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数
等に係る報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	
直近の報告年月日	

1. 退棟患者数

①		() 月	() 月	() 月	() 月
②	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名	名	名	名

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

①		() 月	() 月	() 月	() 月
③	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数	日	日	日	日
④	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数（i + ii + iii + iv + v）	単位	単位	単位	単位
再掲	i	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位
	ii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された脳血管疾患	単位	単位	単位

		等リハビリテーションの総単位数				
	iii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	iv	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	v	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
⑤		1日当たりのリハビリテーション提供単位数（④／③）	単位	単位	単位	単位

3. リハビリテーション実績指数

①		()月	()月	()月	()月
⑥	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名	名	名	名
⑦	⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名
⑧	⑦の患者の退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時のFIM得点（運動項目）を控除したものの総和	名	点	点	点
⑨	⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	名	点	点	点
⑩	リハビリテーション実績指数（⑧／⑨）				

4. 除外患者について（届出の前月までの6か月について以下を記入する。）

⑪ 届出の前月までの6ヶ月	()月	()	()	()	()	()
---------------	------	-----	-----	-----	-----	-----

		月	月	月	月	月
⑫ 入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の４０％以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑭ ⑬による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑫が有の場合のみ）	名	名	名	名	名	名
⑮ リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑯ 除外割合 （⑮÷（⑫又は⑭））	%	%	%	%	%	%

５．高次脳機能障害患者が４０％以上であることによる除外について（⑬が有の場合には、それぞれ⑪の７か月前から前月までの６か月間の状況について記入。）

※（ ）にはそれぞれ⑪の前月を記載	（ ）月までの ６か月	（ ）月までの ６か月	（ ）月までの ６か月	（ ）月までの ６か月	（ ）月までの ６か月	（ ）月までの ６か月
⑰ ６か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑱ ⑰のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
⑲ 高次脳機能障害患者の割合 （⑱÷⑰）	%	%	%	%	%	%

６．前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施
(あり ・ なし)

[記載上の注意]

1. ①については、毎年7月に報告する際には、前年10月、当該年1月、4月及び7月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で1月、4月、7月及び10月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。
2. ②はリハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限る。
3. ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
4. ⑫は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
5. ⑮の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したのものに限る。
6. ⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は $\text{⑮} \div \text{⑭}$ 、「無」の場合は $\text{⑮} \div \text{⑫}$ とする。
7. ⑰は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
8. ⑬、⑱、⑲の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。
9. 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。

褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

部位（部位名）										1	2	3	4
1（ ） 2（ ） 3（ ） 4（ ）													
褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R)	深さ	(0) 皮膚損傷・発赤なし	(1) 持続する発赤	(2) 真皮までの損傷	(3) 皮下組織までの損傷	(4) 皮下組織を超える損傷	(5) 関節腔、体腔に至る損傷	(U) 深さ判定が不能の場合					
	滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない		(3) 中等量：1日1回の交換		(6) 多量：1日2回以上の交換						
	大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(0) 皮膚損傷なし	(3) 4未満	(6) 4以上16未満	(8) 16以上36未満	(9) 36以上64未満	(12) 64以上100未満	(15) 100以上					
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし	(1) 局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫瘍、熱感、疼痛）		(3) 局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）		(9) 全身的影響あり（発熱など）						
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 治癒あるいは創が浅い為評価不可能	(1) 創面の90%以上を占める	(3) 創面の50%以上90%未満を占める	(4) 創面の10%以上50%未満を占める	(5) 創面の10%未満を占める	(6) 全く形成されていない						
	壊死組織	(0) なし	(3) 柔らかい壊死組織あり		(6) 硬く厚い密着した壊死組織あり								
	ポケット (cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周（ポケットの長径×長径に直交する最大径）一潰瘍面積	(0) なし	(6) 4未満	(9) 4以上16未満		(12) 16以上36未満		(24) 36以上					
DESIGN-R の合計点（深さの点数は加えない）													

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

2 褥瘡の状態の変化

	評価日 (月 日)	1か月前 (月 日)	2月前 (月 日)	3月前 (月 日)
DESIGN-Rの合計点				

1 前月までのDESIGN-Rの合計点は、暦月内で最も低い合計点を記載する。

2 褥瘡の部位により合計点異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する説明書

当院では、「地域包括診療加算」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院



患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、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。)
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

「地域包括診療加算」 ・ 「認知症地域包括診療加算」

に関する同意書

「地域包括診療加算」 ・ 「認知症地域包括診療加算」

について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○
○○を担当医として、生活習慣病等(●●、□□)に対する継続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名)

「地域包括診療料」・「認知症地域包括診療料」に関する説明書

当院では、「地域包括診療料」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院



患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、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。)
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

「地域包括診療料」 ・ 「認知症地域包括診療料」

に関する同意書

「地域包括診療料」 ・ 「認知症地域包括診療料」

について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○
○○を担当医として、生活習慣病等(●●、□□)に対する継続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名)

職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

復職に関する 意見	☐ 復職可 ☐ 条件付き可 ☐ 現時点で不可（休業：～ 年 月 日）
	意見
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと (望ましい就業上の措置)	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

平成 年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

(別紙様式 49 の 2)

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

病名	
現在の症状	(通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)
治療の予定	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール(半年間、月1回の通院が必要、等))
退院後／治療中の就業継続の可否	☐ 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) ☐ 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) ☐ 現時点で不可(療養の継続が望ましい)
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと(望ましい就業上の措置)	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

平成 年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

平成 年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（１）

患者氏名	
入退院日	入院日： 年 月 日 退院（予定）日： 年 月 日
生活等の状況	(清潔、排泄、睡眠、生活リズム等)
	(服薬等の状況)
	(家族、主な介護者等の状況)
看護に関する情報	(看護上の問題等)
	(看護の内容)
	(具体的ケア方法における留意点、継続すべき看護等)
その他	

(記入者氏名)
(照会先)

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患 者 氏 名			
入 退 院 日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日	

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報	栄養管理・栄養指導等の経過										
	栄養管理上の注意点と課題										
	栄養評価	評価日	年 月 日		過去(週間)の体重変化		増加 ・ 変化なし ・ 減少: (kg %)				
		身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm・不明	握力	kgf・不明
		身体所見	食欲低下	無 ・ 有 ・ 不明 ()			消化器症状	無 ・ 有 (嘔気・嘔吐・下痢・便秘) ・ 不明			
			味覚障害	無 ・ 有 ・ 不明 ()			褥 瘡	無 ・ 有 (部位等) ・ 不明			
			浮 腫	無 ・ 有 (胸水・腹水・下肢) ・ 不明			その他				
			嚥下障害	無 ・ 有			特記事項				
			咀嚼障害	無 ・ 有							
		検査・その他	過去1か月以内Aib値 ()g/dL ・ 測定なし			その他					
		1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食 塩	水 分	その他	
		必要栄養量	()kcal/標準体重kg			()g/標準体重kg		g	ml		
			()kcal/現体重kg			()g/現体重kg					
		摂取栄養量	()kcal/標準体重kg			()g/標準体重kg		g	ml		
			()kcal/現体重kg			()g/現体重kg					
		栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈 食事回数: 回/日 朝・昼・夕・その他()								
	退院時食事内容	食種	一般食・特別食()・その他()								
		主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()				量			g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()							g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()							g/食
食事形態		副食形態	常菜・軟菜・その他() *)自由記載:例 ベースト								
		嚥下調整食	不要 ・ 必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4							
		とろみ調整食品の使用	無 ・ 有	種 類 (製品名)		使用量(gまたは包)		とろみの濃度			
その他影響する問題点		無 ・ 有 () 薄い / 中間 / 濃い									
禁止食品	食物アレルギー	無 ・ 有	乳・乳製品 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生・えび・かに・青魚・大豆								
	禁 止 食 品	(治療、服薬、宗教上などによる事項)									
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補 給 量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他		
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml			
		経 腸	kcal	g	g	g	g	ml			
		静 脈	kcal	g	g	g	g	ml			
		経口飲水						ml			
		合 計	kcal	g	g	g	g	ml			
	経腸栄養詳細	種 類	朝:		昼:		夕:				
		量	朝: ml		昼: ml		夕: ml				
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他()								
		投与速度	朝: ml/h		昼: ml/h		夕: ml/h				
		追加水分	朝: ml		昼: ml		夕: ml				
		種類・量									
	静脈栄養詳細	投与経路	末梢 ・ 中心静脈								
備考											

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。