

リハビリテーション総合実施計画書

ID _____ 患者氏名 _____ 男・女 _____
生年月日 (明・大・昭・平・西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

評価日：平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 回目・ _____ ヶ月目)

診断名： _____

発症日： _____ (頃)・手術日： _____

治療内容(術式)： _____

合併症： _____

冠危険因子(既往)： 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 肥満 高尿酸血症 家族歴 喫煙
 慢性腎臓病 (CKD) 狭心症 陳旧性心筋梗塞 他 (_____)

標準体重 _____ kg： 現在の体重 _____ kg： BMI(18.5~25.9) _____ kg/m²
目標血圧 _____ / _____ mmHg 現在の血圧(又は家庭血圧) _____ / _____ mmHg

血液検査結果

HbA1c _____ % LDL-C _____ mg/dl

HDL-C _____ mg/dl 中性脂肪 _____ mg/dl

他 (_____)

心機能 左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 _____ %
 他 (_____)

身体機能：

- 関節可動域制限 (部位： _____) 疼痛 (部位： _____)
 筋力低下 (部位： _____) バランス障害 (_____)
 他 (_____)

運動負荷試験結果 (運動処方)

運動耐容能【良好・低下】 (健常人の _____ %： _____ METs)

運動処方 (脈拍・血圧)： _____ bpm / _____ mmHg

自転車 _____ W _____ 分 _____ 回/週

歩行 _____ km/h _____ 分 _____ 回/週

他注意事項： _____

今後の運動療法継続について

当院にて 自宅にて 他施設にて (_____)

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人・家族氏名 _____

医師： _____ 理学療法士： _____

看護師： _____ 他職腫 (_____)： _____

- 参加** 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定
転職 転職予定 配置転換 現職復帰
 ・職種/業務内容/通勤方法等 ()
 ・余暇・社会活動等 ()

具体的目標とそのアプローチ:

- 活動** ADL 車椅子【自立・他人操作】 介助歩行 杖歩行 屋内歩行 屋外歩行
階段昇降 他 ()
入浴 入浴 半身浴 シャワー浴 他 ()
コミュニケーション 問題なし 問題あり ()
他 ()

具体的目標とそのアプローチ:

- 環境** 独居 同居 ()、家族の協力体制【あり・困難】
一戸建【平屋・2階以上】 集合住宅: 階居住、エレベーター【あり・なし】
その他 ()

具体的目標とそのアプローチ: 自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

- 心理** ・自身の病気に対する不安 なし あり (具体的に:)
 ・日常社会活動に対する不安 なし あり (具体的に:)
 ・睡眠 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ()】
 ・食欲 良好 減退

具体的目標とそのアプローチ:

第三者の不利 (発病による家族の社会生活変化や健康/心理问题の発生)

- なし あり (具体的に:)

具体的目標とそのアプローチ: 家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

- 病気の理解 体力向上 食事管理 内服管理 運動習慣の獲得 禁煙 他 ()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

- | | | |
|-------------|---|--|
| 『自己検脈』 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 要指導 |
| 『家庭血圧・体重測定』 | <input type="checkbox"/> 実施している | <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『自分に合った運動』 | <input type="checkbox"/> 理解している | <input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『適切な食事・摂取量』 | <input type="checkbox"/> 理解している | <input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『正しい服薬』 | <input type="checkbox"/> 理解している | <input type="checkbox"/> 服薬忘れなし <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『薬の管理』 | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 () | <input type="checkbox"/> 他人 () |
| 『タバコ』 | <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 受動喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙 () | 本) <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『症状出現時の対処法』 | <input type="checkbox"/> 理解している | <input type="checkbox"/> 要指導 |
| 他『 』 | <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () |

本人・家族の希望

(別紙様式24)

(精神科)退院療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

酸素の購入価格に関する届出書 (平成 年度)

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
計								
単価								

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合 (当該診療月前の酸素の購入実績)

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

3 その他

購入業者名	種類 (液化酸素、ボンベ)

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

医療機関コード	
---------	--

保険医療機関
所在地
名称
開設者

印

殿

[記載上の注意事項]

- 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
- 対価は、実際に購入した価格 (消費税を含む。) を記載すること。

(別紙様式26)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血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）	

* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

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輸血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

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長 殿

診療年月 平成 年 月

患者名	男・女	入院日	平成 年 月 日
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳	退院日 (既に退院している場合)	平成 年 月 日
入院の契機となった傷病名	() () ()	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア 脳卒中の後遺症 イ 認知症 ウ その他 ()
入院前の状況 (当てはまるもの全てに○をつける)	一人暮らし・同居家族あり(両親・配偶者・子・その他)・施設等 同居していないが家族あり・その他()		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア 喀痰吸引 → 1日 ()回 イ 経管栄養 → 手法: 胃ろう・鼻腔栄養 ウ 中心静脈栄養 エ 気管切開又は気管内挿管 オ 褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間 ()日 カ その他の創傷処置 キ 酸素投与 ク その他()		
現在の医学的な状態	安定・変動はあるが概ね安定・変動が大きい・全く安定していない 具体的内容:		
看護職員による看護提供の状況	ア 定時の観察のみで対応 イ 定時以外に1日1回~数回の観察および処遇が必要 ウ 頻回の観察および処遇が必要 エ 24時間観察および処遇が必要 理由()		
退院支援を主に担う者 (当てはまるもの全てに○をつける)	ア 担当医 イ 退院支援専任の医師 ウ 病棟看護職員 エ 退院支援に専任の看護職員 オ 社会福祉士 カ その他()		
退院に係る問題点、課題等	ア 患者の医学的状態が安定しない イ 医療的状態は安定しており退院が可能		
	a 退院の日程は決定しており、退院待ちの状態 b 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ・自宅の受け入れ状況の調整中のため ・介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ・その他()		
	c 退院先も退院日程も決定していない ・他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ・介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ・退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができていない ・適切な退院先がわからない ・今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない ・今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため ・その他()		
退院へ向けた支援の概要	退院後に利用が予想される社会福祉サービス等		
予想される退院先	ア 自宅 イ 有料老人ホーム、グループホーム等の施設 ウ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ 療養病床等の長期療養型医療施設 オ その他()		

(医療機関名)

(退院支援計画担当者)

印

(別紙様式28)

初診料及び外来診療料の注2に規定する施設基準に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

保険医療機関の種類	<input type="checkbox"/> 特定機能病院	<input type="checkbox"/> 地域医療支援病院
① 初診の患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)		名
② 紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)		名
③ 逆紹介患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)		名
④ 救急患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)		名
⑤ 紹介率 = (②+④) / ①		%
⑥ 逆紹介率 = ③ / ①		%

[記載上の注意]

- 「①」から「④」に規定する初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数は、特定機能支援病院については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成五年二月一五日)(健政発第九八号)」、地域医療支援病院については「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成一〇年五月一九日)(健政発第六三九号)」で定めるものとする。
- 「①」~「④」の「期間」については、原則として報告時の前年度の1年間とする。ただし、報告時の前年度の1年間で、紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の場合であって、報告年度の連続する6月間においては紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満ではなかった場合には、報告年度の連続する6月間についても報告を行うこと。

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日 平成 年 月 日

(ふりがな)		性別		ID:	
氏名		(男・女)		病棟:	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)					
診断(身体疾患)	1)	2)			
診断(精神疾患)	1)	2)			
実施要件	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する				
	<input type="checkbox"/> 自殺企図で入院				
	<input type="checkbox"/> 精神疾患を有する				
	<input type="checkbox"/> その他()				
<現症>		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	自殺念慮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
睡眠障害	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
問題行動	徘徊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
意識障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
認知機能障害		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
その他(具体的に) ()		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている
重症:入院治療継続が困難である

<その他の状態>	
精神機能の全体的評価(GAF)尺度	[] (0-100)
身体活動状態 全般	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している
歩行	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル
食事	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
入浴	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可

<総合評価と今後の方針>		
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
<input type="checkbox"/> 軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
<input type="checkbox"/> 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

			今後の治療計画
治療評価 (Ⅰ)	薬物療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	心理療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	ソーシャルワーク	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	心理教育	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	服薬指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	作業療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	その他	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
	退院後も精神科医療(外来など) が継続できるような調整	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	
治療評価 (Ⅱ)	精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
	睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
	意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
	認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
	その他(具体的に) ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
治療評価 (Ⅲ)	精神機能の全体的評価 (GAF)尺度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
	身体活動状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
主治医		精神科医	
看護師		精神保健福祉士	
作業療法士		薬剤師	
臨床心理技術者		()	
次回の再評価予定日		平成	年 月 日
本人・家族への説明日		平成	年 月 日

精神科リエゾンチーム医療実施計画書

作成日 平成 年 月 日

(ふりがな)		性別		ID:	
氏名		(男・女)		病棟:	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)					
診断(身体疾患)	1)	2)			
診断(精神疾患)	1)	2)			
実施要件	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する				
	<input type="checkbox"/> 自殺企図で入院				
	<input type="checkbox"/> 精神疾患を有する				
	<input type="checkbox"/> その他()				
<現症>		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
睡眠障害	せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	自殺念慮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
問題行動	傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	徘徊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
意識障害	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	その他(具体的に) ()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている
重症:入院治療継続が困難である

<その他の状態>	
精神機能の全体的評価(GAF)尺度	[] (0-100)
身体活動状態	全般 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している
歩行	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル
食事	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
入浴	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可

<総合評価と今後の方針>		
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
<input type="checkbox"/> 軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
<input type="checkbox"/> 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

治療目標	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつの改善			
	<input type="checkbox"/> 自殺念慮の消失			
	<input type="checkbox"/> 精神疾患の治療継続、軽快			
	<input type="checkbox"/> その他()			
治療計画 (I)	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーク	<input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬	
	<input type="checkbox"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 作業療法	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 ()		
治療計画 (II)	現 症		短期目標	具体的アプローチ
	精神症状	不安・焦燥		
		抑うつ		
		せん妄		
		幻覚・妄想		
		興奮		
		自殺念慮		
	睡眠障害	()		
	問題行動	()		
	意識障害			
	認知機能障害			
その他 (具体的に)	()			
主治医			精神科医	
看護師			精神保健福祉士	
作業療法師			薬剤師	
臨床心理技術者			()	
次回の再評価予定日			平成 年 月 日	
本人・家族への説明日			平成 年 月 日	

(別紙様式30)

病棟薬剤業務日誌

平成 年 月 日

病棟名： _____

病棟専任の薬剤師名： _____

1 この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間

時間

2 業務時間・業務内容・実施薬剤師名

業務時間		業務内容	実施薬剤師名	業務時間		業務内容	実施薬剤師名
時間帯	小計			時間帯	小計		

※ 実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。

- ① 医薬品の投薬・注射状況の把握
- ② 医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ④ 2種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ⑤ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ⑦ その他（業務内容を具体的に記入すること。）

※ 当該病棟以外の場所で実施した病棟薬剤業務についても、実施場所とともに記載すること。

3 その他

--

(別紙様式 3 1)

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 4 月～ 年 3 月)	① 名
--------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の 6 月末日までに HbA1c が改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の 6 月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	③ 名
①のうち、当該期間後の 6 月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1c が改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{②} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑤}} \quad \%$$

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{③} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑥}} \quad \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{④} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑦}} \quad \%$$

[記載上の注意点]

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

(別紙様式32)

認知症療養計画書

説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	申請予定・申請中 非該当・要支援(I・II)・要介護(I・II・III・IV・V)

I. 症状

認知障害 (MMSE、HDS-R等)	
生活障害 (IADL、ADL)	
行動・心理症状 (DBD等)	
介護上特に問題 となる症状	

II. 家族又は介護者による介護の状況

--

III. 治療計画

	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害			
生活障害			
行動・心理症状			
総合			

IV. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

--

V. 緊急時の対応方法・連絡先

--

VI. 特記事項

--

担当医

本人又は家族又は介護者の署名

(別紙様式 3 3)

DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者:					コード
評価者:					0 = なし、正常
評価日:	年	月	日		1 = ごく軽度、不确实
評価時間:		~			2 = 軽度
					3 = 中等度
					4 = 重度

適当なもの1つに丸をつける。

1 歩行 Gait 0 1 2 3 4

小刻みな遅い歩き方。速度の低下, 歩幅の減少, 上肢の振れの減少, 前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。

2 動作緩慢 Bradykinesia 0 1 2 3 4

動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ(仮面様顔貌)や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。

3 流涎 Sialorrhea 0 1 2 3 4

唾液分泌過多。

4 筋強剛 Muscle rigidity 0 1 2 3 4

上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象, ろう屈現象, 鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。

5 振戦 Tremor 0 1 2 3 4

口部, 手指, 四肢, 軀幹に認められる反復的, 規則的(4 ~ 8 Hz)で, リズミカルな運動。

6 アカシジア Akathisia 0 1 2 3 4

静座不能に対する自覚; 下肢のムズムズ感, ソワソワ感, 絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状(身体の揺り動かし, 下肢の振り回し, 足踏み, 足の組み換え, ウロウロ歩きなど)についても評価する。

7 ジストニア Dystonia 0 1 2 3 4

筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌, 頸部, 四肢, 軀幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり, 持続的な異常ポジション。舌の突出捻転, 斜頸, 後頸, 牙関緊急, 眼球上転, ピサ症候群などを評価する。

8 ジスキネジア Dyskinesia 0 1 2 3 4

運動の異常に亢進した状態。顔面, 口部, 舌, 顎, 四肢, 軀幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞蹈病様運動, アテトーゼ様運動は含むが, 振戦は評価しない。

9 概括重症度 Overall severity 0 1 2 3 4

錐体外路症状全体の重症度。