

感染対策指導管理に係る内容

院内感染防止対策委員会	
開催回数	() 回/月
参加メンバー	・ ・ ・ ・
水道・消毒液の設置	
病室数	() 室
水道の設置病室数(再掲)	() 室
消毒液の設置病室数(再掲)	() 室
消毒液の種類 [成分名] ※ 成分ごとに記載のこと	・ () 室 ・ () 室 ・ () 室
その他	
感染情報レポートの 作成の有・無	(有 ・ 無)

※ 委員会の開催については、委員会の目的、構成メンバー、開催回数等を記載した院内感染防止対策委員会設置要綱等を添付のこと。

様式4

感染対策指導管理の施設基準に係る届出書添付書類

院内感染防止対策委員会	
開 催 回 数	()回/月
参 加 メ ン バ ー	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・
消 毒 液 の 設 置	
病 室 数	()室
消 毒 液 の 設 置 病 室 数	()室
消毒液の種類 [成分名] ※ 成分ごとに記載のこと	<ul style="list-style-type: none"> ・ ()室 ・ ()室 ・ ()室 ・ ()室
そ の 他	
感染情報レポートの作成の有・無	(有 ・ 無)

※ 委員会の開催については、委員会の目的、構成メンバー、開催回数等を記載した院内感染防止対策委員会設置要綱等を添付のこと。

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 _____ 病 種 _____ 計画作成日 _____
 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 生 (_____ 歳) _____ 記入担当者名 _____

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) 褥瘡発生日 _____
 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)

	日常生活自立度	J (1, 2)	A (1, 2)	B (1, 2)	C (1, 2)		対処	
危険因子の評価	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)			できる	できない		「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する	
	・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			
	・浮腫 (局所以外の部位)			なし	あり			
褥瘡の状態の評価	深さ	(0) 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) 皮下組織を融える損傷	(5) 関節腔、体腔にいたる損傷または、深さ判定不能の場合	
	滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない	(2) 中等量：1日1回の交換	(3) 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	(0) 皮膚損傷なし	(1) 4未満	(2) 4以上16未満	(3) 16以上36未満	(4) 36以上64未満	(5) 64以上100未満	(6) 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)	(2) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)	(3) 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) 創閉鎖又は創が深い為評価不可能	(1) 創面の90%以上を占める	(2) 創面の50%以上90%未満を占める	(3) 創面10%以上50%未満を占める	(4) 創面の10%未満を占める	(5) 全く形成されていない	
	壊死組織	(0) なし	(1) 柔らかい壊死組織あり	(2) 硬く厚い密着した壊死組織あり				
	ポケット (cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径) - 潰瘍面積	(0) なし	(1) 4未満	(2) 4以上16未満	(3) 16以上36未満	(4) 36以上		

	留意する項目		計画の内容
看護計画	圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散器具、頭部舉上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

(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険福祉部長通知 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、当該計画書の作成を要しないものであること。

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善 すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた 支援計画 ・入院期間の見込み等	

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

(主治医氏名) 印

様式1

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟(病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)	
リハビリテーションの計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 (看護計画、退院に向けた支援計画、入院期間の見込み等)	

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

(主治医氏名) _____ 印

重症皮膚潰瘍管理指導の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
2 重症皮膚潰瘍管理を担当する医師の氏名

(記入上の注意)

「1」の標榜診療科は、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科のいずれかであること。

様式7

薬剤管理指導の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所	設備の目録	面 積	許可病床数
		平方メートル	床
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成 (予定を含む)	有 ・ 無	

2 投薬・指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬管理状況

--

4 服薬指導

	服薬指導マニュアルの作成 (予定を含む)	有 ・ 無
服薬指導方法		

〔記入上の注意〕

「3」については、院内における内用薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。

様式8

〔 〕に勤務する従事者の名簿

No.	職種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			常 勤 専 従 非常勤 非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		
			{常 勤 {専 従 {非常勤 {非専従		

〔記入上の注意〕

- 1 〔 〕には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟(看護単位)・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

様式9

理学療法又は作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)			<input type="checkbox"/> 総合リハビリテーション施設 <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅲ <input type="checkbox"/> 作業療法Ⅱ				
従事者数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非 専 任	名		非 専 任	名
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
	経験を有する 従事者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
専用施設の面積		理学療法					平方メートル
		作業療法					平方メートル
		合 計					平方メートル
当該理学療法・作業療法を行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

総合リハビリテーション施設の届出にあたり、理学療法と作業療法の専用面積が共有部分を有する場合は、共有部分の面積は理学療法に係る面積として届出ること。

様式8

理学療法又は作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非 専 任	名		非 専 任	名
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
	経 験 を 有 す る 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
専用施設の面積		理学療法	平方メートル				
		作業療法	平方メートル				
当該理学療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
当該作業療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
木 工							
金 工							
治療用ゲーム							
手 工 芸							
日常生活動作							