

# 基礎調査票2004入力要領

## 様式1(カルテ情報)

特に断りがない場合はエクセルに入力する値は文字列情報として扱って下さい。エクセルに数字を入力する場合、数値情報では先頭が「0」の場合に先頭の0が消えてしまいます。(例 01001 → 1001)

ただし、診療点数は数値情報として入力してください。

必須項目でない項目について、特に指定がない場合には、当該項目は入力を要しません。(いわゆるヌルの状態で結構です。)

### 1. 病院属性等

#### (1) 施設コード

診療報酬明細書に記載する都道府県番号と医療機関コードを併せて入力します。

施設コード = 都道府県番号(2桁) + 医療機関コード(7桁)

#### (2) 診療科コード

医療資源を最も投入した傷病の診療を担当した医師の所属する診療科のコード番号を入力します。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択してください。また、コード番号は3桁ですのでこれを越えない変更は可能です。(例えば、胸部外科を外科「110」に加えて「111」とする等)

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	外科	110	肛門科	210
心療内科	020	整形外科	120	産婦人科	220
精神科	030	形成外科	130	眼科	230
神経科	040	美容外科	140	耳鼻咽喉科	240
呼吸器科	050	脳神経外科	150	気管食道科	250
消化器科	060	呼吸器外科	160	リハビリテーション科	260
循環器科	070	心臓血管外科	170	放射線科	270
アレルギー科	080	小児外科	180	神経内科	280
リウマチ科	090	皮膚泌尿器科	190	胃腸科	290
小児科	100	性病科	200	皮膚科	300

次ページに続く

泌尿器科	310	腎臓内科	410	消化器外科	510
産科	320	腎移植科	420	肝胆膵外科	520
婦人科	330	血液透析科	430	糖尿内科	530
呼吸器内科	340	代謝内科	440	大腸肛門科	540
循環器内科	350	内分泌内科	450	眼形成眼窩外科	550
歯科	360	救急医学科	460	不妊内分泌科	560
歯科矯正科	370	血液科	470	膠原病リウマチ内科	570
小児歯科	380	血液内科	480	脳卒中科	580
歯科口腔外科	390	麻酔科	490	腫瘍治療科	590
糖尿病科	400	消化器内科	500	総合診療科	600
乳腺甲状腺外科	610				
新生児科	620				
小児循環器科	630				
緩和ケア科	640				
内分泌リウマチ科	650				
血液腫瘍内科	660				
腎不全科	670				
精神神経科	680				
内分泌代謝科	690				

### (3) 統括診療情報番号

本調査表は1入院につき1件(1レコード)の診療情報を作成することが基本です。ただし、診療科毎に入院診療要約(退院時サマリー)を作成する病院においては複数の科別診療要約を集約して統括診療要約を作成する必要があります。本コードは本調査表を病院内で作成する運用の利便を考えて、統括されたものと各科別のものとを区別する為の識別コードです。以下の例に示す方法でコードを設定して下さい。統括診療要約はコード“0”として下さい。

例	診療情報番号	診療科	入院(転入)年月日	退院(転出)年月日
	1	内科(入院科)	2002年5月1日	2002年5月7日
	2	外科	2002年5月7日	2002年5月20日
	3	内科	2002年5月20日	2002年5月30日
	0	外科	2002年5月1日	2002年5月30日

入院中に転科があった場合、各科で入力票を作成し、データ提出時に統括しますが、提出の際には統括「0」のみで結構です。

## 2. データ属性等

### (1) データ識別番号

診療録等の検索が可能なデータ識別番号等を0～9からなる10桁の値で入力します。桁数が不足する場合は、当該文字列の前に「0」を必ず加えてください。データ識別番号はカルテ番号である必要はありません。

例 番号が52531111の場合

→ 0052531111 と入力します。

注 文字列情報で入力しないと、先頭の「00」が省略され

52531111 となってしまうエラーデータ（桁不足）として除外されてしまいます。

### (2) 性別

男性は「1.男」、女性は「2.女」の数字を入力します。

### (3) 生年月日

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力します。

例 生年月日が1977年6月10日→19770610 と入力します。

## 3. 入退院情報

### (1) 入院中の主な診療目的

入院中の主な診療目的について1～4を入力します。

区分	例示
1. 診断・検査のみ	例 心臓カテーテル検査実施を目的とし、検査のみ実施し、退院した場合
2. 教育入院	例 糖尿病教育入院
3. 計画された短期入院の繰り返し	例 放射線療法目的の入院、抗ガン剤の化学療法目的の入院、骨折手術後のプレート抜去・抜釘目的の入院等で計画的に入退院を繰り返す場合 初回の化学療法は、「3. 計画された短期入院の繰り返し」に該当します。
4. その他の加療	例 経皮的冠動脈形成術を目的として入院した場合（検査目的で入院し、その後加療目的での入院に変更になった場合も含む。）

(2) 治験実施の有無

治験の対象となっていた場合が、「1. 有」、それ以外の場合は「0. 無」を入力します。

(3) 入院（転入）年月日

今回入院における実際の入院日を入力してください。保険における入院日が実際の入院日と異なる場合があるので注意してください。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力します。

例 生年月日が2002年6月10日→20020610 と入力します。

(4) 退院（転出）年月日

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力します。

例 生年月日が2002年6月10日→20020610 と入力します。

(5) 転科の有無

転科があった場合「1. 有」、無い場合「0. 無」を入力します。

(6) 一般病棟以外からの移動の有無（以下の条件に合う場合に限り入力）

療養病棟、老人病棟、精神病棟、結核病棟等の一般病棟以外の病棟から一般病棟への移動があった場合は「1. 有」を入力します。それ以外は「0. 無」を入力します。

ICU、CCUは一般病棟ですので、ICUからICU以外の一般病棟へ移動しても「有」とはなりません。

(7) 一般病棟以外への移動の有無（以下の条件に合う場合に限り入力）

一般病棟から療養病棟、老人病棟、精神病棟、結核病棟等の一般病棟以外の病棟への移動があった場合は、「1. 有」を入力します。それ以外は「0. 無」を入力します。

(8) 入院経路

入院にいたる経路について、該当する値を入力します。

自院での出生後継続して入院の場合に1、その他の入院の場合に2として下さい。その他の入院の場合には、以下の(9)から(12)までの設問に答えて下さい。一般病棟以外の病棟に入院していた患者さんが、一般病棟に転科した場合の入院経路は、当該患者さんが病院に入院した時の経路について記入して下さい。

(9) 他院よりの紹介の有無 (3(8)入院経路が「2. 一般入院」の時のみ入力)

保険診療における紹介率の計算の対象となる文書により紹介された患者（ただし、救急用自動車で搬送された患者を除く）の場合に「1. 有」としてください。具体的には、紹介状等により確認できる場合に限り「1. 有」として下さい。また、電話紹介、名刺による紹介等、確認ができない場合は「0. 無」として下さい。

入院の多くのケースは、紹介された後、自院の外来を数回受診して入院となりますが、この場合には、「他院よりの紹介有」と考えください。

数年前に紹介により通院していた患者が入院になった場合、紹介された時点と同じ又はこれに関連する傷病のときであっても、紹介された時点と関連のない傷病の時であっても、どちらも紹介文書が確認できれば紹介「有」として判断していただいて結構です。

紹介の有無は初診時まで遡ることが望ましいのですが、事情により実施が困難である場合は今回の入院（診療録）での紹介の有無で判断していただいて結構です。

(10) 自院の外来からの入院 (3(8)入院経路が「2. 一般入院」の時のみ入力)

自院の外来から入院した場合「1. 有」、それ以外を「0. 無」として下さい。

同一傷病か、同一診療科によるものかは問いません。（ただし、初診後に即入院される患者、明らかに別疾病による救急患者は「無」です。）

(11) 予定・緊急入院区分 (3(8)入院経路が「2. 一般入院」の時のみ入力)

予定入院の場合「1. 予定入院」、緊急入院の場合を「2. 緊急入院」として下さい。

(12) 救急車による搬送の有無 (3(8)入院経路が「2. 一般入院」の時のみ入力)

救急車による搬送により入院した場合「1. 有」、それ以外の場合「0. 無」とします。病院間の搬送は対象となりません。また、ドクターカーによる場合には、現場からの要請に応じて、出動した場合は「有」と判断していただいて結構です。

(13) 退院（転科）先

退院先について1～5、9の値を入力します。

区 分	定 義
1. 外来(自院)	<ul style="list-style-type: none"><li>・引続き当該病院の外来診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く）</li><li>・特に外来での治療は要しないが、定期的に経過観察等のため来院するように医師が指示した場合。</li></ul>
2. 外来(他院)	<ul style="list-style-type: none"><li>・引続き他の病院、診療所の診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く。他医で引続き診療を受けながら時々経過観察等のため外来へ来るよう指示した場合を含む。）</li><li>・患者から他の病院、診療所の診療を受けたい旨申し出があり、医師がその必要があると認めた場合（人間ドックを除く）</li></ul>
3. 転 科 (自院入院)	<ul style="list-style-type: none"><li>・自院内の他科へ転科し、継続して入院治療を受けた場合</li><li>・一般病棟に入院していた患者さんが精神科病棟に転科した場合（ただし、様式1の提出は患者さんの退院時）</li></ul>
4. 転 院	<ul style="list-style-type: none"><li>・他院へ転院（入院）した場合</li></ul>
5. 終 了	<ul style="list-style-type: none"><li>・退院後診療を要しないと医師が判断した場合</li><li>・人間ドックの退院の場合（所見の有無にかかわらず）</li><li>・死亡退院の場合</li></ul>
9. そ の 他	上記以外の場合 <ul style="list-style-type: none"><li>・介護老人保健施設、介護老人福祉施設等への転所</li></ul>

(14) 退院時転帰

退院時における転帰について主治医の判断したものに基づく区分により1～7、9の値を入力します。なお、正常分娩及び人間ドックの場合は、「9 その他」を入力します。

- 1 最も医療資源を投入した傷病が治癒したと判断される場合
- 2 最も医療資源を投入した傷病が軽快したと判断される場合
- 3 最も医療資源を投入した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合
- 4 最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
- 5 最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
- 6 最も医療資源を投入した傷病による死亡
- 7 最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
- 9 その他

(15) 入院から24時間以内の死亡の有無

当該患者が、入院してから24時間以内に死亡した場合に「1. 有」を、それ以外の場合は「0. 無」を入力します。入院時刻は病棟に入った時刻から時間のカウントを開始します。

(16) 前回退院年月日

自院において、前回入院がある場合に、その退院年月日を入力します。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力します。

例 生年月日が2002年5月10日→20020510と入力します。

前回退院年月日が不明の場合は「00000000」を入力します。

この項目は必須ではありません。入力しない場合は「00000000」を入力、または何も入力しない（Null）で下さい。

(17) 前回同一傷病で自院入院の有無

以前に自院で入院治療をしていた疾患が今回入院の契機となった傷病と同一かつ、予定外の入院の場合に、前回退院の年月日を入力します。(16)前回退院年月日と同じ年月日でも入力します。

入力様式は(16)前回退院年月日と同様です。

不明な場合は「00000000」を入力します。

注 判断が困難な場合には、個別に照会してください。

例 胃がん手術実施、退院後、予定外の再手術が必要になったため入院

この項目は必須ではありません。入力しない場合は「00000000」を入力、または何も入力しない（Null）で下さい。

#### 4. 診断情報

(1) 主傷病名、(3) 入院の契機となった傷病名、(5) 医療資源を最も投入した傷病名が同一の場合にもすべてに同一傷病名を入力します。

記載する傷病名は、原則としてレセ電算傷病名マスターから選択してください。病名については、ICD10へのコーディングが適切に行えるように記載してください。また、肺がんについては、小細胞がんか非小細胞がんか判断できるよう記載してください。また、BOOPの診断基準に該当する病態である場合には、BOOPを病名として使用してください。

ICDコードは、レセ電算処理マスター等の傷病名に対応したICDコードをそのまま入力するのではなく、「疾病、障害及び死因統計分類提要」に基づいた入力をお願いいたします。(例えば、MDC7(整形外科領域)については、5桁コードが必要な分類もあります。)

疑い病名の場合であっても、Zコードは使用せず、疑った傷病名のICD10コードを記入します。(例えば、心臓カテーテル検査の目的入院する場合の主病名は、心臓カテーテル目的Z09.8は使用しません。3入退院情報(1)入院中の主な診療目的で1.診断・検査のみを選択していただき、医療資源を最も投入した傷病名には入院検査を行うことになった原因の病態をコーディングしてください。)

##### (1) 主傷病名

退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を日本語で入力します。

転科により科毎に複数の主傷病名、複数の診断名をもつ場合は、一つにします。

##### (2) (主傷病の) ICD-10コード

主傷病に対するICD-10コードを左詰めで小数点以下まで入力します。(小数点は1桁として数えません。小数点は入力しないでください。)

例 主傷病が慢性C型ウイルス肝炎(B18.2) → B182と入力します。

##### (3) 入院の契機となった傷病名

入院の契機となった傷病名を入力します。

##### (4) (入院の契機となった傷病名) ICD-10コード

入院の契機となった傷病名に対するICD-10コードを(2)と同様の要領で入力します。



(5) 医療資源を最も投入した傷病名

入院期間中、医療資源を最も投入した傷病名で請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力して下さい。

複数の手術や侵襲的処置を行った場合、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為を行った傷病を対象とします。転科があった場合には、診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とします。

糖尿病性網膜症の E11.3+H36.0\*のように、ダブルコーディングが必要な場合については、本調査では医療資源の投入量に基づき主たるものを第1病名としてコーディングし、第2病名は入院時併存症の欄に記入するようにしてください。また、補助コードについても入院時併存症の欄に記入して下さい。

医療資源を最も投入した傷病名は、1入院で1つだけです。複数の病名があった場合でも、病名を1つ選んでください。例えば、月によって病態が変化して、医療資源を投入した傷病名が月によって異なる場合であっても、医療資源を最も投入した傷病名は、退院時に、1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を一つ選んでください。

(6) (医療資源を最も投入した傷病名) ICD-10コード

医療資源を最も投入した傷病名に対するICD-10コードを(2)と同様の要領で入力します。

(7)、(8) 医療資源を2番目に投入した傷病名、ICD-10コード

医療資源を二番目に投入した傷病名及び当該傷病名に対するICD-10コードを(1)、(2)と同様の要領で入力します。医療資源を二番目に投入した病名を記入するのは、転科又は転科と同等と判断される場合に限りです。

(9) ~ (16) 入院時併存症名1~4

入院時に既に存在していた主傷病以外の疾患について、(1)、(2)と同様の要領で入力します。

医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には、必ず記載してください。(入力を診断群分類点数表に定義された副傷病名がある場合に限らないようにしてください。)

入院後の検査で発見された傷病であっても入院時に既にその病態があったと主治医が判断できる場合は、入院時併存症として扱って下さい。

(17) ～ (24) 入院後発症疾患名 1～4

入院後に新たに発生した主傷病以外の疾患について、(1)、(2)と同様の要領で入力します。(当該疾患の原因が、入院前にあるとしても、発症した時期が入院後の場合には、入院後発症疾患とします。)

医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には、必ず記載してください。(入力を診断群分類点数表に定義された副傷病名がある場合に限らないようにしてください。)

5. 手術情報

今回の入院中に複数の手術を行った場合には、主たる手術(又は点数の最も高い手術)を手術1に入力します。

様式1については、同日に3つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない手術についても事実、行われていれば記載していただいて結構です。但し、点数表コード(Kコード)の記載は各手術について必要です。

診療報酬上手術の部で評価されている手術について入力してください。様式1について輸血はKコードですが記入は不要です。

(1) 手術名 1

主たる手術(又は点数の最も高い手術)を入力します。一回の入院で K614 経皮的冠動脈形成術、K615 経皮的冠動脈ステント留置術の手術を別の日に同一病変若しくは別病変に対して行った場合、保険点数は同じですが、この場合において、保険点数が全く同じとなる場合の主たる手術の判断は主治医の判断によって下さい。

(2) (手術名 1 の) ICD-9-CMコード

当該術式に対する ICD-9-CMコードを左詰めで小数点以下まで入力します。(小数点は1桁として数えません。小数点は入力しないでください。)

例 当該手術が腰部交感神経切除術 05.23 → 0523

入力支援ソフトで検索できる手術の ICD9-CMは1999年版ですが、2001年版のもので記入していただいても結構です。なお、本項目は必須項目ではありません。

(3) (手術名1の) 点数表コード

当該術式に対する医科診療報酬点数表における手術料に関わるコードを入力します。当該コードは基本部分(4桁)の他に、細項目(1、2、3、イ、ロ、ハ等)がある場合にはそれも含めて入力します。その際、空白などは入れずにつめてください。

例 K082 人工関節置換術

1 肩、股、膝 → K0821

K082-2 人工関節抜去術

1 肩、股、膝 → K082-21 \* ハイフンを入れる必要があります。

(4) (手術名1の) 手術回数

当該手術をはじめて行う場合には「1. 初回」を、同一部位について再度行う場合は「2. 再手術」を入力します。(自院・他院を問わない、術式等を問わない)

ペースメーカーの電池交換術は再手術に該当します。

また、再手術の記載は、他の医療機関で行った手術、同一の医療機関でも過去の入院で行った手術についても対象となります。

心臓カテーテル(PTCA等)を、同一日に2部位以上に行った場合であっても、再手術となりません。

(5) (手術名1の) 手術側数

当該手術が同種の臓器あるいは部位が2個以上あるものに対して適用される場合に入力をします。片側は1、両側は2、1入院期間中の両側手術で片側を行った場合は3を入力します。

2の「両側」は、左右対称の器官(目、耳鼻等)であって両測・同時に実施の場合が対象となります。冠動脈のバイパス手術で、左右の冠動脈について手術を行った場合は、両側となりません。

心臓カテーテル(PTCA等)を右冠動脈枝と左冠動脈枝に行った場合は、チェックは不要です。

眼の手術を片方ずつ別々の日に手術した場合には、それぞれの手術について別々の片側手術として記載することになりますが、この場合は、「3. 両側手術のうちの片側」を選択してください。

(6) (手術名1の) 手術日

当該手術を実施した年月日を入院年月日と同様の書式で入力します。

例 2004年6月10日の場合 → 20040610 と入力します。

様式1の入力支援ソフトでは、手術について年月日の他に時刻の欄もありますが、必須項目ではありません。

(7) (手術名1の) 主たる麻酔

当該手術実施時に使用した主たる麻酔の種類を1つ入力します。

(8) ~ (35) 手術2~手術5

(1) ~ (7) と同様の要領で手術情報を入力します。

## 6. 診療情報

(1) 現在の妊娠の有無

入院中に妊娠していた場合、「1. 有」、していない場合は「0. 無」、不明の場合は「2. 不明」を入力します。

- ・子宮外妊娠の場合、「1. 有」
- ・男性の場合、「0. 無」としてください。

(2) 出生時体重 (新生児疾患の場合のみ入力)

出生時体重をグラム単位で入力します。出生時体重を記載する対象者は、新生児疾患 (出生時体重が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患) をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないのでご注意ください。

(3) 出生時妊娠週数 (新生児疾患の場合のみ入力)

出生時の妊娠週数を入力します。出生時妊娠週数を記載する対象者は、新生児疾患 (出生時妊娠週数が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患) をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないのでご注意ください。

(4) 喫煙指数

呼吸器疾患及び循環器疾患の患者について喫煙指数を数値で入力してください。

(喫煙指数 = 一日の喫煙本数 × 喫煙年数) を入力します。

(例) 1日20本を20年すっている場合は「400」と入力します。

※喫煙歴がない場合は「0」と入力します。

※不明な場合は入力しない「Null」として下さい。

※現在吸っていない場合でも過去の喫煙歴にそって入力してください。

(5) 入院時意識障害がある場合のJCS

入院時の意識障害のレベルを入力します。

意識障害がない場合は「0. 無し」を、意識障害がある場合は、意識レベルの数値を入力します（1～300）。

Japan Coma Scale

Ⅲ群	刺激しても覚醒しない
300	まったく動かない
200	手足を少し動かしたり顔をしかめる（除脳硬直を含む）
100	払いのける動作をする
Ⅱ群	刺激すると覚醒する
30	かろうじて開眼する
20	痛み刺激で開眼する
10	呼びかけで容易に開眼する
Ⅰ群	覚醒している
3	名前、生年月日が言えない
2	見当識障害あり
1	清明とはいえない

R：不穏、 I：糞尿失禁、 A：自発性喪失

例、意識レベル3で自発性喪失の場合は「3A」と記録します。意識レベル3で不穏・糞尿失禁がある場合「3RI」と記録します。

「R」「I」「A」のいずれにも該当しない場合は数値のみで結構です。

※ 小児の場合の判定の例

GradeⅢ	刺激しても覚醒しない
300	痛み刺激に全く反応せず
200	手足を少し動かしたり顔をしかめたりする
100	払いのける動作をする
GradeⅡ	刺激で覚醒する
30	呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する
20	呼びかけをすると開眼して目を向ける
10	飲み物を見せると飲もうとする。あるいはニップルを見せると欲しがって吸う
GradeⅠ	覚醒している
3	母親と視線が合わない
2	あやしても笑わないが、視線が合う
1	あやすと笑う、ただし不十分で声を出して笑わない

(6) 退院時意識障害がある場合のJCS

入院時と同様に記入します。

死亡退院の場合は入力を要しません。(Null)として下さい。

※「R」「I」「A」のいずれにも該当しない場合は数値のみで結構です。

(7) 入院時の ADL スコア

入院時に下表の分類にそって各分類の値を決めます。その値を連ねて記入します。  
6歳未満の場合には必須ではありません。

食事=1、移乗=2、整容=1、トイレ動作=1、入浴=1、平地歩行=1、階段=1、更衣=1、排便管理=0、排尿管理=0場合は“1211111100”と記入します。

※ 9は、どうしてもわからない場合にのみ使用することとし極力使用しないようにしてください。

分類	所 見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ったり などで介助を必要とする	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、 座ってられる。		
整容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするが およそ自分一人で行える。	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

(8) 退院時の ADL スコア

入院時と同様に記入します。

※死亡退院の場合には入力を要しません。(Null)として下さい。

(9) 褥創ステージ NPUAP 分類

その入院中のいずれかの時点で、褥創があった場合に下記の分類で最も状態が悪かった時点の分類を入力します。

1～4 の数値を入力します。

	分類	所見1	所見2
1	I	局所の圧迫を取除いても消退しない発赤、紅斑	圧迫が関連した（表皮が欠損していない）皮膚の変性である。周囲皮膚または反対側皮膚と比較して示される以下のひとつ以上の変化である。 皮膚温（暖かい、または冷たい） 組織の密度（硬い、または泥のような感じ） 知覚（痛み、搔痒）
2	II	真皮にまでとどまる皮膚傷害、すなわち水疱やびらん、浅い潰瘍	部分層創傷で皮膚の損傷は表面的である。表皮剥離、水疱、浅い潰瘍の状態。
3	III	傷害が真皮を越え、皮下脂肪層にまで及ぶ褥瘡	筋膜まで及ぶが筋膜を越えない皮下組織に至る全層創傷で組織の壊死や損傷を含む。深さのあるクレーター上でポケットがみられることもある。
4	IV	傷害が筋肉や腱、関節包にまで及ぶ褥瘡	皮膚全層の欠損に加え、広範な組織壊死、壊死、さらに筋肉、骨、支持組織に及ぶ。ポケットの形成や広範囲な空洞がみられる。

(10) がんの初発、再発

今回の入院でがんに対する治療が行われた場合に、入院時に「0.初発」「1.再発」を入力します。今回の入院で悪性腫瘍に対する治療が行われていない場合には入力不要です。

がんの進展度にかかわらず（はじめから遠隔転移がある進行がんで見つかった場合でも）初発であれば「0」を入力します。

一連の治療期間中（がんに対する化学療法を何回かの入院に分けて行ったような場合）の各入院においては、一番初めの状態が初発であれば「0」、再発であれば「1」としますが、一連の治療期間中であっても、遠隔転移などを認めた場合には再発とし「1」を入力します。

重複がん（同一臓器、他臓器）の場合には、再発としません。



(11) UICC 病期分類(T)

UICC に準拠した TNM 臨床分類を入力します。T：原発腫瘍の広がり

(12) UICC 病期分類(N)

UICC に準拠した TNM 臨床分類を入力します。N:所属リンパ節転移の有無と広がり

(13) UICC 病期分類(M)

UICC に準拠した TNM 臨床分類を入力します。M:遠隔転移の有無

(11) ~ (13) は今回の入院で悪性腫瘍に対する治療が行われた場合に、治療前に得られた情報（一般理学所見、血液検査、画像診断、内視鏡検査、生検など）に基づく TNM 分類を入力します。

複数のがんがある場合は、「医療資源を最も投入した傷病名」となっているがんに対する TNM 分類を入力してください。

例) TX,NX,MX

T-原発腫瘍	
TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない。
Tis	上皮内癌
T1,T2,T3,T4	原発腫瘍の大きさまたは局所進展度を順次表す。
N-所属リンパ節	
NX	所属リンパ節の評価が不可能。
N0	所属リンパ節転移無し
N1,N2,N3	所属リンパ節転移の程度を順次表す。
M-遠隔転移	
MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移無し
M1	遠隔転移あり