

治療目標	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつ改善				
	<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"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 作業療法	<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"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬	
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			
作業療法士師		薬剤師			
公認心理師		()			
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

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	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	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	点各	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	各	点	点	点
⑩	リハビリテーション実績指数 (⑧/⑨)	点	点	点	点

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 (⑬⑭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)

第9部 手術

J063-2 骨移植術（軟骨移植術を含む）

- (3) 「2 同種骨移植（生体）」は、特定保険医療材料である人工骨等を用いた場合は算定できない。

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、1=日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1=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	
公認心理師		()	
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