

診療情報開示 (見本)

山梨大学医学部附属病院



山梨大学
UNIVERSITY OF YAMANASHI



地域の中核
世界の人材

目次

－医師記録－

01.	医師経過記録	2
02.	傷病名一覧	3
03.	手術記録	4
04.	麻酔記録	5
05.	退院時サマリー	6~7

－看護記録－

06.	看護経過記録	8
07.	経過表(温度板入力値)	9
08.	看護サマリー	10
09.	各種スクリーニングシート・ アセスメントシート	11~17

－文書－

10.	紹介状・受診報告書	18~19
11.	診断書	20
12.	同意書	20
13.	入院診療計画書	21

－検査結果－

14.	検体検査結果(血液・尿)	22~25
15.	超音波検査報告書	26~27
16.	心電図検査報告書	28
17.	呼吸機能検査報告書	29
18.	内視鏡検査報告書	30
19.	病理診断報告書	31
20.	細胞診報告書	32
21.	画像検査報告書	33

医師経過記録

医師経過記録は、医師が患者の診療を行った際に、患者さんの病状、症状、検査結果、診断、治療内容、処方箋などを時系列で記録したものです。

【プログレスノート】 2025/11/27(木) 11:08		小児科 外来
01版: 2025/11/27(木) 11:08		政 管家
作成: 2025/11/27(木) 11:08 作成者:		
#	# 右脳腫瘍 2025/9/9 摘出術、全摘 病理診断: atypical meningioma, WHO grade 2 (中間悪性) 2025/11/19～局所照射 # 症候性てんかん LEV1000mg内服	
(S)	おはよう	
(O)	意識清明 軽度左下肢麻痺、生活動作は自立	
(A)	著変なし、照射開始後とくに有害事象なし	
(P)	痙攣予防のLEV内服継続 照射2Gy/30回 リハビリテーション	

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

傷病名一覧

患者さんの主な病名や怪我の名称を一覧にしたものです。

この「傷病名一覧」には、ご指定いただいた期間の診療において、まだ「治癒」などの最終的な状態(転帰)になっておらず、現在も治療が継続している、または経過観察中の病名が記載されています。

患者ID: XXXXXXXXXX
患者氏名: 開示 見本

患者診療記録

【 病名 】

削除	診療科	区分	病名	開始日	転帰日	転帰	保険	登録日時	登録者	最終更新日時	最終更新依頼医	最終更新者	転帰入力日時	転帰依頼医	転帰者
	小児科		心不全	2005/02/10			国保	2005/02/10 01:30		2005/02/10 01:30					
	小児科		急性胃腸炎	2005/02/10			国保	2005/02/10 01:38		2005/02/10 01:47					
	小児科		中耳炎	2005/02/10			国保	2005/02/10 01:56		2005/02/10 01:56					
	小児科		肺炎	2005/02/10			国保	2005/02/10 01:30		2005/02/10 01:30					
	小児科		膀胱尿管逆流	2009/07/22				2009/07/22 10:59		2009/07/22 10:59					
	小児科		急性インフルエンザ肺炎合併	2025/07/24				2025/07/31 10:47		2025/07/31 10:47					
	小児科		右上葉非小細胞肺癌の再発	2025/07/30				2025/07/31 10:47		2025/07/31 10:47					
	小児科		右側上葉非小細胞肺癌の末期	2025/07/31				2025/07/31 10:47		2025/07/31 10:47					
	整形外科		骨折	2006/11/08			政管	2006/11/08 15:11		2006/11/08 15:11					
	耳鼻科		2型糖尿病	2006/09/28			政管	2006/09/28 00:41		2006/09/28 00:41					
	放射線		肝癌	2004/10/02			国保	2004/10/02 20:44		2004/10/02 20:44					
	放射線		稽留流産	2004/10/03			国保	2004/10/03 10:25		2004/10/03 10:25					
	消化器内科		おむつ皮膚炎	2020/04/06				2020/04/06 22:19		2020/04/06 22:19					
	消化器内科	主	肺癌	2022/06/20				2022/06/20 13:01		2022/06/20 13:01					
	一外科		肺癌	2005/04/21			国保	2005/04/21 16:19		2005/04/21 16:19					

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

手術記録

手術記録は、手術が行われた日時、術式(手術方法)、執刀医の名前、そして手術の開始から終了までの詳細な過程や術中の所見(体内の状況など)を記録したものです。

【手術記録】 2025/12/01(月) 10:49		脳外科 外来
01版: 2025/12/01(月) 10:49		政 管家
作成: 2025/12/01(月) 10:49 作成者:		
#	右脳腫瘍(髄膜腫疑い) 頭蓋内腫瘍摘出術 Total removal of tumor, Simpson grade 2 Rt FP craniotomy MEP, Navigation Operator: ○○ Assistant: △△ General anesthesia 仰臥位、肩枕を挿入し頭位を左へ回旋し3点固定。コの字皮膚切開、4burr holesで右前頭頭頂開頭した。腫瘍は円蓋部硬膜～SSSIに付着し、脆弱で開頭時に硬膜が剥がれた。内板の骨変性部は削除した。SSS内に浸潤しており、可及的に切除し4-OPDSでSSS開放部を縫合した。Falx下方は付着なし。内減圧し、腫瘍を脳表から剥離摘出した。前後はpia matterが保たれていたが、外側と底面側は癒着が強く、中央底面～外側の一部はsubpialの剥離となった。腫瘍は全体的に柔らかく脆弱であった。腫瘍前側に走行していたcortical veinを温存。MEPモニタリングで左上肢の波形検出、筋収縮も観察され最後まで保たれた。Valsalva手技で術野の止血を確認、Duragenで硬膜内外を扶むように硬膜形成、Unimedica plateで自家骨を頭蓋形成した。皮下ドレーンを留置、2-OMICR YLとステーブラで閉創した。	

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

退院時サマリー

入院歴がある
場合に限る

退院時サマリーは、患者さんが退院する際に医師が作成する文書です。「退院時要約」とも呼ばれ、入院中の診断名や治療内容、経過などを要約したものです。入院の全体像を把握することができます。

I・D _____ 科名 _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">入院病歴要約 (1)</div> <p>患者氏名 (漢字) _____ 住所 _____ TEL _____ 生年月日 _____ 性 _____ 入院時身長 _____ 体重 _____ kg 職業 _____</p>
氏名 _____	
カナ氏名 _____	
生年月日 _____ 性 _____	
対象期間: _____ ~ _____	転院 (科) 先 _____
初診 _____	6. その他 _____
入院 _____	
転科 (科 病棟) _____	
退院 _____	
転帰 継続治療 _____ (科入)	
死亡時刻検 _____ 死因 (診断名番号で記入) _____	
主訴 1. _____ 2. _____ 3. _____	それぞれの主たる治療法を3つ以内記入
診断 1. ●●● _____	コード _____
2. _____	コード _____
3. _____	コード _____
4. _____	コード _____
5. _____	コード _____
手術 1. _____	実施日 _____
術式 2. _____	実施日 _____
3. _____	実施日 _____
4. _____	実施日 _____
5. _____	実施日 _____
病理 1. _____	コード _____ 診断日 _____
診断 2. _____	コード _____ 診断日 _____
退院処方	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
退院後予約情報	
○○○○○○○○○○○○	
○○○○○○○○○○○○	
退院後管理依頼先	
TEL _____	
退院後連絡先	記入担当医
TEL _____	

(退院時サマリー／2ページ目以降)

主要経過 退院時所見1

【入院までの経過】

【入院時現症】

【既往歴・アレルギー】

【臨床経過・退院時所見】

看護経過記録

看護経過記録は、看護計画に基づいて実施したケアの内容、患者の状態の変化、それらに対する看護師の評価や今後の計画などを時系列に記録したものです。

<input type="checkbox"/> 【看護計画】 2025/12/02(火) 21:42 01版: 2025/12/02(火) 21:42 看護師) 作成: 2025/12/02(火) 21:42 作成者:看護師)	小児科 外来
(追)【#01】 脳腫瘍に対する手術 次回評価日 2025/12/05 (追)【#02】 転倒・転落/せん妄予防・対応 次回評価日 2025/12/05	
<input type="checkbox"/> 【看護記録】 2025/12/02(火) 22:00 01版: 2025/12/02(火) 22:00 看護師) 作成: 2025/12/02(火) 22:00 作成者:看護師)	小児科 外来 自費非
<input type="checkbox"/> 【看護計画】 2025/12/02(火) 22:01 01版: 2025/12/02(火) 22:01 看護師) 作成: 2025/12/02(火) 22:01 作成者:看護師)	小児科 外来
(修)【#01】 脳腫瘍に対する放射線療法 次回評価日 2025/12/05	
<input type="checkbox"/> 【SOAP&フォーカス】 2025/12/02(火) 16:00 01版: 2025/12/02(火) 22:09 看護師) 作成: 2025/12/02(火) 22:09 作成者:看護師)	小児科 外来
2025/12/02 16:00 # 脳腫瘍に対する放射線療法 S 治療が続いていて、疲れやすくなりました。 O 放射線照射部位の発赤・腫脹なし。食欲不振のため昼食は5割程度であり、全身倦怠感も強い。 A 放射線療法に伴う食欲低下と全身倦怠感が認められている。 P 看護計画継続する。	
<input type="checkbox"/> 【SOAP&フォーカス】 2025/12/02(火) 16:10 01版: 2025/12/02(火) 22:15 看護師) 作成: 2025/12/02(火) 22:15 作成者:看護師)	小児科 外来
2025/12/02 16:10 # 転倒・転落/せん妄予防・対応 S トイレに行きたいので、介助をお願いします。 O 歩行時にふらつきが認められるが、ナースコールの活用ができ看護師付き添いのもと安全に移動ができている。 A ナースコールの活用ができ、看護師付き添いのもと安全に移動ができている。歩行時にふらつきがあり、転倒リスクがあるため移動時は介助が必要。 P 看護計画続行する。	

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

経過表(温度板入力値)

入院歴がある
場合に限る

経過表(温度板)は、入院中の患者さんのバイタルサイン(体温、脈拍、血圧)や排泄状況、食事摂取量など、患者さんの状態を示したデータです。医療従事者が入力したデータのみが、時系列に印字されます。

患者ID:	患者診療記録			【経過表(入力値)】	
患者氏名:				2025/12/02	
[2025/12/02]					
★★★ バイタル ★★★				(更新日時) (更新者)	
10:00	[バイタル]	体温	体温	36.5℃	2025/12/02 22:21
"	"	心拍数	心拍数	70	"
"	"	呼吸数	呼吸数	15回	"
"	"	血圧上限	血圧上限	100	"
"	"	血圧下限	血圧下限	60	"
14:00	"	体温	体温	36.6℃	"
"	"	心拍数	心拍数	69	"
"	"	呼吸数	呼吸数	15回	"
"	"	血圧上限	血圧上限	110	"
"	"	血圧下限	血圧下限	70	"
18:00	"	体温	体温	36.5℃	"
"	"	心拍数	心拍数	70	"
"	"	呼吸数	呼吸数	15回	"
"	"	血圧上限	血圧上限	105	"
"	"	血圧下限	血圧下限	65	"
★★★ 一般経過表 ★★★				(更新日時) (更新者)	
22:21	[投与方法]	投与方法	マスク	"	"
"	"	投与変更	開始	"	"
"	"	開始時刻	2025/12/02 12:00	"	"
22:22	[点滴注射(DIV)]	点滴速度	80.0ml/h	2025/12/02 22:22	"
"	"	開始時刻	2025/12/02 12:00	"	"
"	"	投与機器	輸液ポンプの使用	"	"
"	[食事(朝)]	食種	常食	"	"
"	"	主食量	6割	"	"
"	"	副食量	6割	"	"
22:23	[食事(昼)]	食種	常食	2025/12/02 22:23	"
"	"	主食量	5割	"	"
"	"	副食量	5割	"	"
"	[食事(夕)]	食種	常食	"	"
"	"	主食量	5割	"	"
"	"	副食量	5割	"	"

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

看護サマリー

入院歴がある
場合に限る

看護サマリーは、入院中の患者さんの状態やケア内容などをまとめた文書です。
患者さんが退院する際に、看護師が作成します。

看護要約(転院用)			
ID : ○○○○	性別 : ○	生年月日 : ○○年○○月○○日	年齢 : ○歳
患者氏名 : ○○○○	TEL : ○○○-○○○		
住所 : ○○○○	退院日 : ○月○日	担当看護師 :	
入院日 : ○月○日	入院病棟 : ○階○病棟	主治医 :	
診療科 : ○○科	血液型 : ○型		
主病名 : 脳腫瘍	感染症 : HCV - TPHA HBE HBS -		
アレルギー :			
介護者(関係)			
入院の目的、治療の内容(いつ何を行ったか、その結果)			
脳腫瘍に対する放射線療法目的で○月○日入院となる。○月○日より放射線照射2Gy/30回施行し、経過問題なく○月○日退院となる。			
病気治療の説明(概要)と理解(ポイントのみ)			
脳腫瘍に対する放射線療法目的のため入院であることについて、ご本人に説明し理解あり。			
看護問題リストと残された問題点(評価)			
#1 脳腫瘍に対する放射線治療 ○年○月○日解決			
#2 転倒・転落/せん妄予防・対応 ○年○月○日解決			
今後の治療と継続する具体的な処置、援助			
特になし。			
入院前の社会資源			
特になし。			
次回外来受診日			
訪問希望時期 ()			
継続サマリー発送の了解 () 謹に () 同意年月日			
介護保険の有無 () ケアマネージャー氏名 ()			

山梨大学医学部附属病院看護部

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

各種スクリーニングシート・アセスメントシート

入院歴がある
場合に限る

スクリーニングシートは、入院時に転倒・転落や低栄養などの潜在的なリスクを早期に発見するために、必要なリスク項目を簡潔に確認した記録です。

アセスメントシートは、スクリーニングシートで見つかったリスクや問題の原因を深く分析・評価し、個々の患者さんに最適な看護計画を立てるために作成された評価シートです。

転倒・転落 / せん妄アセスメントシート

ID 名前 年齢 歳
 評価日 手術日 手術日からの経過日数
 再評価の基準 転倒：初回 毎週1回 転倒後 患者の状態変化
 せん妄：初回 毎週1回 術後3日目 術後5日目 患者の状態変化
 認知症高齢者自立度判定（判定日： ）

分類	項目	スコア	チェック	評価		
				転倒転落	せん妄	
年齢	70歳以上あるいは8歳以下	1				
認知機能	認知症高齢者自立度判定（I～M該当者）	1				
既往歴	過去に転倒・転落したことがある	1				
	せん妄の既往	1				
感覚器	視覚障害（矯正可能な近視老眼は含まない）	1				
	聴覚障害（主に難聴、補聴器の使用）	1				
運動機能	①ベッドから椅子へ移動する際の、患者の能力を最もよく表すのはどれか？（評価時の状態）	0		①+②の合計が3または4で1点		
	0：不可能 1：介助が大いに必要	1				
	2：介助が多少必要 3：自力で可能	2				①-
	②患者の可動性を最もよく表すのはどれか？（評価時の状態）	3				②-
	0：可動なし 1：車椅子利用を利用し、自力で可能 3：歩行器使用 4：介助者一人で歩行可能 5：自力で可能	0				①+②-
	1					
薬剤	抗認知症薬	1				
	多剤併用(ポリファーマシー)：6剤以上					
	睡眠薬・抗不安薬・医療用麻薬（ ）					
	抗コリン作用を持つ薬剤					
脳器質的障害	脳梗塞、脳出血、脳腫瘍（転移も含む）、頭部外傷（急性、陳旧性のいずれも含む）、脳神経内科疾患(パーキンソン病等)	1				
その他	全身麻酔手術の予定、術後(術後3日以内まで該当)	1				
	起立性低血圧・めまい	1				
	脱水	1				
	身体的ストレス（疼痛、掻痒感、頻尿、便秘、下痢等）	1				
	睡眠障害	1				
	アルコール多飲（家族評価での多飲、飲酒関連の外傷、アルコール性肝炎膵炎の既往など）	1				
合計						
リスクあり						

※最も介助を要する場面の評価を行う。

侵襲性が高い処置を含む

スコアチェック後の患者情報・対応内容

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

転倒・転落/せん妄 アウトカムシート

※標準看護計画「転倒転落/せん妄 予防・対策」を立案してからアウトカムシートを記載しましょう

直近のアセスメント日：

転倒・転落リスク せん妄リスク

手術日【 】

患者ID：
患者氏名：
性別：
病棟：
作成日：

再評価はこちら↓

1. 転倒・転落 (リスク該当者のみ)

	アウトカム達成状況	
転倒が生じない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 未達成
転落が生じない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 未達成

身体抑制も行っている場合→日々の観察記録を行う

2. せん妄リスク有患者対象-4AT評価 (リスク該当者のみ)

□評価要 □評価不要 (コントロール良好のため)

	1回目	選択肢	2回目	スコア	患者の答え	注意事項
覚醒度						苦しい眠気のある患者 (例:評価中、目覚めるのが困難及び/もしくはあきらかに眠気が強い)、または興奮/多動な患者が含まれる。観察して、もし眠っていても話しかけたりやさしく肩に触れて起こしてみる。評価のために名前や住所を尋ねてみる。
AMT4						年齢、生年月日、場所(病院または建物の名前)、今日の日付についてたずねる
注意力						次のようにたずねる:「今からいう単語をうしろ(逆)から言ってみて下さい」患者の答えを左記に記載し、回答状況を選択。 単語の例: セカイデズ にわいじり かくれんぼ うえきはち たまごやき めだまやき きりたんぼ えびふらい かみもち かきごおり あまやどり ゆきだるま ゆきけしき あかねくも あらいぐま かぶとまし かたくるま らんどせる こどものひ ぬいくるみ ほりごたつ はなみずき やつがたけ
急な変化または変動する経過						覚醒度・認知・その他精神状態 (例えば妄想や幻覚) における著しい変化や変動が 2 週間以内に生じ、かつ 24 時間以内において明らかに残存しているかどうか。
4ATスコア						

	アウトカム達成状況	
せん妄が生じない (4点未満で達成) 1回目	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 未達成
2回目	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 未達成

3. 記録 (特記事項) ※SOAPで記載する必要はありません。必要時、患者の状況と計画実施しての反応を簡潔に記載する。


記録時刻	記録時刻

*1日1枚活用、アウトカム変化が見られた場合、2回目の評価を追加

標準看護計画の評価を毎日実施しているため、アウトカムシートの記載のみ行う。計画評価カンファレンスはカンファレンス記録に残す。SOAPでの評価記録は不要。

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

- 12 -



山梨大学
UNIVERSITY OF YAMANASHI

嚥下機能・口腔機能・咀嚼機能評価

患者ID:
 患者氏名:
 性別:
 病棟:
 作成日:

●対象：全患者

●評価：入院時*(A.口腔機能、B.嚥下機能、C.咀嚼機能の全て実施)、患者の状態の変化に応じて必要と考えられるとき。
 ただし、2回目以降の評価で、A.口腔機能、B.嚥下機能、C.咀嚼機能のすべてを行う必要がない場合、
 必要なアセスメントのみの実施となる。

*入院時：緊急入院患者は、入院時。予定入院患者は、入退院支援センターで評価後、病棟で確認

A. 嚥下機能評価

・「嚥下障害の質問用紙」の各項目において、A列の項目に該当が1つ以上ある場合には、
 主治医に相談し、耳鼻科に他科依頼、または言語聴覚士（ST）への相談を検討すること。

*なお、耳鼻科受診や言語聴覚士（ST）に相談の可否の検討において、病棟での『水飲み観察』が必要と考えられる場合、
 看護師は、主治医に相談してから、『水飲み観察』を実施すること。

*摂食機能療法を開始するか否かは、耳鼻科受診後の『摂食機能療法開始フローチャート』に従うこと

【嚥下障害の質問紙】

評価時期： 初回評価 2回目評価 3回目評価 4回目評価 5回目評価 6回目評価

質問項目	A	B
誤嚥性肺炎と診断されたことがありますか	ある	なし
物が飲みにくいと感じることがありますか	ある	なし
食事や水分でむせることがありますか	ある	なし
食事中や食後、それ以外にものがゴロゴロ (痰がからんだ感じ) することがありますか	ある	なし
のどに食べ物が残る感じがすることがありますか	ある	なし
食べるのが遅くなりましたか	遅くなった	変わらない
該当数合計		

評価できない場合などの特記事項は以下にコメントを記入する。

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

内服薬管理方法の判断基準

患者ID :
患者氏名 :
性別 :
病棟 :
作成日 :

看護師管理とする内服薬 麻薬・向精神薬・抗がん剤
各セクションの判断基準とする内服薬 経口糖尿病薬・ステロイド・免疫抑制剤・ワーファリン・降圧剤・催眠剤

アセスメントチャートの使用方法

1. アセスメントチャートに従って与薬方法を決定する
2. 実際に患者の行動を確認して評価する
3. 入院日、入院翌日、看護計画評価時、退院前、内服変更時、状態変化時に評価する
4. 評価した結果は看護計画に記載する
5. 患者の自己管理能力の評価項目は①～⑧があり、日付毎に該当する項目は全て選択する
6. 看護師の与薬方法は評価した結果を該当するP-1～N-4までの中から選択する
7. 番号および与薬方法はプルダウンで選択する

与薬における患者の服薬行動に関するアセスメントチャート

①～⑧まで該当する評価を選択し全て入力する、与薬方法はP1～N4まで1つ選択

				月/日	月/日	月/日
① 嚥下できる (YESの場合は②へ)	→	できない場合は内服そのものを見直し				
② 開封できる (YESの場合は③へ)	→					
		⑤ 開封できない		⑤ できない NS介助 N-4		
			開封を介助すれば自分で飲める	⑥ できる 開封して内服確認 N-3		
③ 用法・用量通り分包できる (YESの場合は④へ)	→					
		⑥ 分包できない		⑥ できない 分包して見守り内服確認 N-2		
			飲み忘れなく内服できる	⑦ できる 分包して内服後の確認 N-1		
④ 薬効・副作用が説明できる	→					
		⑦ 説明できない	分包の確認と内服後の確認 P-2			
		⑧ 説明できる	内服後の確認 P-1			
与薬方法選択						

1回目評価情報共有コメント	2回目評価情報共有コメント	3回目評価情報共有コメント
---------------	---------------	---------------

山梨大学医学部附属病院 看護部

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

退院支援計画書

患者ID

氏名

入院日

計画着手日

計画作成日

入院前オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
病棟	診療科 病名
退院に関する患者以外の相接触者	
退院困難な要因	
現在利用中のサービス	介護保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 訪問看護 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
退院に係る問題点課題等	
退院へ向けた目標設定 支援期間、支援概要	【退院に向けた目標設定】 【支援概要】 【支援期間】 退院日まで
生活に配慮した支援	<input type="checkbox"/> 栄養管理支援 <input type="checkbox"/> 薬剤管理支援 <input type="checkbox"/> ADL向上への支援（必要時リハビリテーション部との連携） <input type="checkbox"/> 口腔管理支援（必要時摂食嚥下支援チームとの連携） <input type="checkbox"/> その他（ ）
予測される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
退院後に利用が予測される 社会福祉サービス等	【制度】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他 【サービス】
退院後に利用が予測される 社会福祉サービスの担当者	

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

【病棟責任者】

【病棟の退院支援担当者】

【入退院支援部門の担当者】

【説明日】 令和 年 月 日

患者署名欄

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

褥瘡対策に関する診療計画書		発行日:
氏名	性別	病棟
様	生年月日	白鳥座 A1
褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R2020)		
褥瘡発生日: なし		
【現在の褥瘡】 なし d0-e0s0i0g0n0p0		
【過去の褥瘡】 なし d0-e0s0i0g0n0p0		
危険因子評価		
基本的動作能力(ベッド上 自力体位変換)	できる	
基本的動作能力(イス上 座位姿勢の保持、除圧)	できる	
病的骨突出	なし	
関節拘縮	なし	
栄養状態低下	なし	
皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	
皮膚の脆弱性(浮腫)	なし	
皮膚の脆弱性(スキナー テアの保有、既往)	なし	
頭側挙上角度	45° 未満	
褥瘡有無	なし	

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

〒

担当科
担当医

先生御侍史

〒409-3898
所在地 山梨県中央市下河東1110
医療機関名 山梨大学医学部附属病院
電話番号 055-273-1111
診療科
担当医

ご紹介患者様 受診報告書

先日、ご紹介頂きました下記の患者様に付き当院での診察および治療経過をご報告申し上げます。

フリガナ 患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日
診断

(ID:) 様 山梨大学医学部附属病院 総合支援部

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

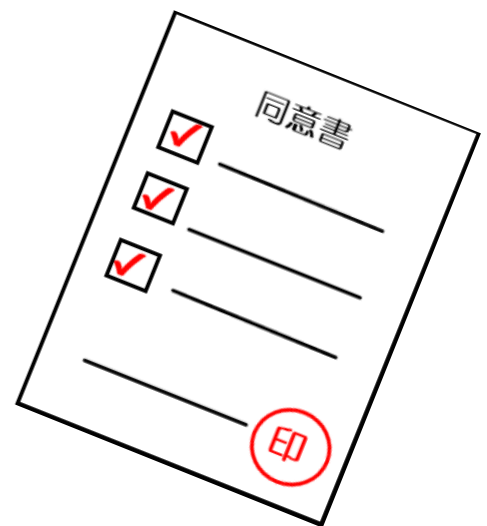
診断書



患者さんに交付した診断書を複写したものです。
開示を希望する際には、どの診断書をご希望か、
診断書の種類をお申し出ください。

同意書

手術や特別な検査・治療を受ける前に、
医師からの説明内容を理解し、
処置を受けることに同意したことを示す書類です。



入院診療計画書

入院歴がある
場合に限る

入院診療計画書とは、患者さんの入院から退院までの治療計画を示した文書です。患者さんが入院する際に、患者さんやご家族に対して交付し、入院の同意を得るために作成しています。 ※書式は入院患者さんによって異なります。

入 院 診 療 計 画 書	
(患者氏名) _____ 殿	
病 棟 (病室)	病 棟
主治医以外の担当者名	医師 × × ×
病名 (病注) (他に考え得る病名)	△△△
症 状	〇〇〇
治療計画 (達成目標を含む)	-----
検査日程及び内容	日未定/必要時 ----- 日未定/必要時 ----- 日未定/必要時 -----
手術日程及び内容	日未定/必要時 ----- 日未定/必要時 -----
指定される入院期間 (※注)	
特別な栄養管理の必要性	不明 ()
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
<small>注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。</small>	
年 月 日 (本人又は代理者)	
(診療科) _____	(主治医) _____ 印
(看護師長) _____	(担当看護師) _____
<small>本書は2部印刷し、1部は押印後患者様に渡し、1部は押印後カルテに添付する。 〒409-3898 山梨県中央市下河東1110番地 山梨大学医学部附属病院 T E L 055-273-1111 (代表)</small>	

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

検体検査結果(血液・尿)

血液、尿、痰などの検体を採取して分析した結果です。臓器の機能(肝臓、腎臓など)、栄養状態、感染症の有無、糖尿病や脂質異常症などの情報が数値で記載されています。

《検査詳細情報》							
患者ID : XXXXXXXXXXXX カウミ村			採取日時 :				
患者氏名 : 開示 見本			オーダー番号 :				
生年月日 : xxxx/xx/xx			オーダー日 :				
年齢 : xx歳xxヶ月			依頼医 :				
性別 : 男性			依頼科 :				
			依頼病棟 :				
No	検査項目	結果	上限値	下限値	コメント	コメント2	単位名称
●	血算・像						
1	血算セット						
2	白血球数	10.50H	9.65	3.67			$\times 10^3/\mu\text{L}$
3	赤血球数	4.25L	5.67	4.29			$\times 10^6/\mu\text{L}$
4	ヘモグロビン量	12.6L	16.9	13.4			g/dL
5	ヘマトクリット値	38.4L	50.5	40.6			%
6	MCV	90.4	98.7	83.0			fL
7	MCH	29.6	32.8	26.7			pg
8	MCHC	32.8	34.5	31.2			g/dL
9	RDW	14.8H	13.9	11.8			%
10	血小板数	165	348	155			$\times 10^3/\mu\text{L}$
11	MPV	10.7	12.0	9.0			fL
12	好中球数	8.92H	6.72	1.68			$\times 10^3/\mu\text{L}$
13	単球数	0.19	0.54	0.16			$\times 10^3/\mu\text{L}$
14	リンパ球数	1.10L	3.25	1.14			$\times 10^3/\mu\text{L}$
15	好酸球数	0.3	0.5以下				$\times 10^3/\mu\text{L}$
16	好塩基球数	0.0	0.1以下				$\times 10^3/\mu\text{L}$
17	PDW	13.2	15.1	9.3			fL
18	P-LCR	30.3	42.2	16.3			%

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

一般細菌検査			
患者ID	XXXXXXXXXX	依頼元	
患者氏名	開示 見本	依頼医師名	オーダ番号
採取日		採取時間	依頼日
中間報告日		中間報告者	
最終報告日		最終報告者	
検体情報			
材料名	喀痰		
検体目的コメント			
検体コメント	監視培養		
塗抹結果			
塗抹	+	グラム陽性球菌	(-)
グラム陰性球菌	(-)	グラム陽性桿菌	(-)
グラム陰性桿菌	(-)	酵母	(-)
白血球	(-)	細胞	(-)
培養同定 (起因菌は白背景、常在菌は灰色背景で表示しています)			
同定菌名	同定菌量	定量	コメント
MRSA(-)	(-)		
感受性結果			
薬剤名	MRSA(-)		

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

抗酸菌検査					
患者ID	XXXXXXXXXX	依頼元			
患者氏名	開示 見本	依頼医師名		オーダ番号	
採取日		採取時間		依頼日	
中間報告日		中間報告者			
最終報告日		最終報告者			
フリーコメント					
検体情報					
材料名	喀痰				
塗抹結果					
チール染色	(-)				
塗抹コメント					
培養結果					
判定週	判定結果	判定日			
0週					
1週	(-)	2015.04.08			
2週					
3週					
4週					
5週					
6週					
7週					
8週					
9週					
10週					

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

微生物迅速				
患者ID	XXXXXXXXXX	依頼元		
患者氏名	開示 見本	依頼医師名		オーダ番号
採取日		採取時間		
中間報告日		中間報告者		
最終報告日		最終報告者		
検体情報				
材料名	角結膜ぬぐい			
微生物迅速結果情報				
検査項目名	検査結果			
アデノウイルス	+			

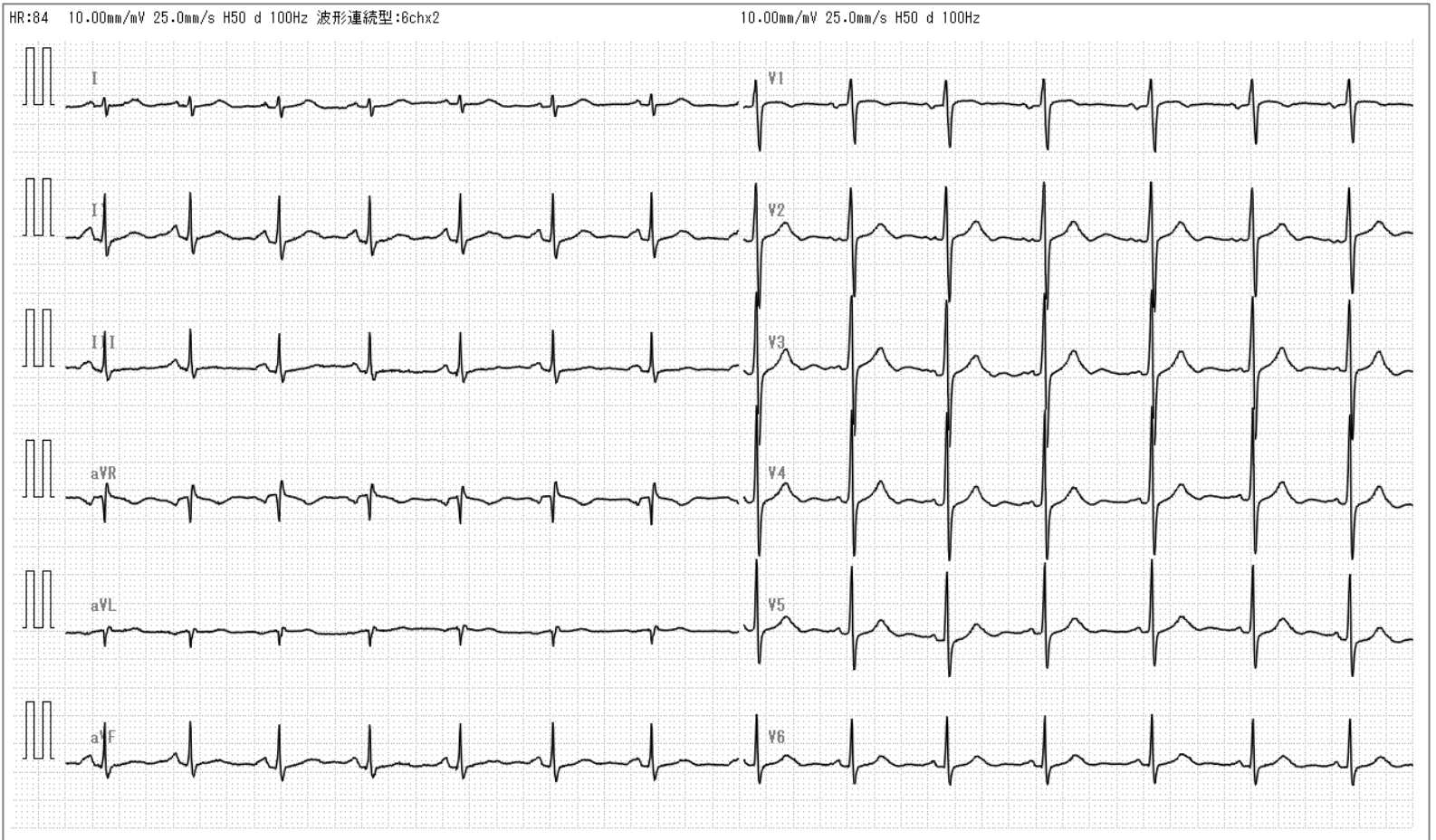
※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

医師による確認が必要です										心臓超音波検査報告書					
患者ID: XXXXXXXXXXXX フリガナ: カイミ 患者氏名: 開示 見本 性別: 男 年齢: 才					依頼科:		病棟:			外来入院:		依頼医:		検査日:	
臨床診断名:					コメント:										
依頼目的:															
HR	60	bpm	調律	洞調律	描出	不良									
左心系			肺静脈			右心系									
LVDd	42.9	mm	S波		cm/s	RVOT prox.									
LVDs	25.0	mm	D波		cm/s	RVOT dist.									
IVS	12.3	mm	S/D			RVOTV		117.4							
PW	7.1	mm	A波		cm/s	RVOT-PG		5.5							
LVMi	103.0	g/m ²	A duration		ms	AcT/ET		0.4							
LVOT	16.4	mm	大動脈弁・大動脈			RVFAC									
LVOT-VTI	26.2	cm	A弁	3尖		TAPSE									
LVOTV	107.8	cm/s	AR	none		S'		11.3							
LVOT-PG	4.6	mmHg	AR Type			RA(4C)横									
SV	60.0	ml	AR PHT		ms	RA(4C)縦									
SVI	39.5	ml/m ²	VC		mm	IVC(呼気)		13.1							
CO	3.6	L/min	AS			IVC(吸気)		4.0							
LAD	31.7	mm	AoV(max)	412.2	cm/s	呼吸性変動	50%以上								
LAV	57.0	ml	mean PG	31.8	mmHg	推定RAP	5.0								
LAVI	37.1	ml/m ²	AVA(2D)	0.7	cm ²	三尖弁									
収縮能			AVA(CW)	0.6	cm ²	TR	mild								
LVEDV(2D)	83.0	ml	velocity ratio	0.3		TRV	182.4	cm/s							
LVESV(2D)	22.0	ml	annulus		mm	TR-PG	13.3	mmHg							
LVEF	72.9	%	SoVAo		mm	VC									
LVEDV(bpMOD)		ml	STJ		mm	推定RVSP	18.3	mmHg							
LVESV(bpMOD)		ml	AscAo		mm	肺動脈弁									
LVEF(bpMOD)		%	僧帽弁			PR	trivial								
GLS		%	MR	trivial		PRend-diastole		mmHg							
拡張能			MR Type			推定PADP		mmHg							
E波	75.7	cm/s	MR radius		mm	シャント									
A波	115.6	cm/s	MR ERO		cm ²	ASD									
E/A	0.7		MR RV		ml	VSD									
DcT	476.0	ms	VC		mm	Qp/Qs									
e'(sept)	5.1	cm/s	MS			その他									
e'(lat)	6.6	cm/s	MVA(2D)		cm ²	心嚢液		胸水							
E/e'(sept)	14.7		MS PHT		ms	血栓									
E/e'(lat)	11.4		MVA(PHT)		cm ²	疣腫									
E/e'(avg)	12.9		mean PG	31.8	mmHg	腫瘍									
超音波所見 A弁(三尖)弁尖石灰化(+) Severe AS AR(-) AVA=0.7(2D), 0.6cm ² (CW) AoV:4.1m/smPG:32mmHg LV wall motion:下壁基部~中部菲薄化し輝度高い。 心機能は保持LA拡大 LAVI:37ml/m ²					超音波診断										
検査者					診断者										

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

心電図検査報告書

心臓が動くときに出る微弱な電気信号を記録したものです。心拍のリズムや心臓の筋肉の状態を評価し、不整脈や虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞など)の診断に役立ちます。

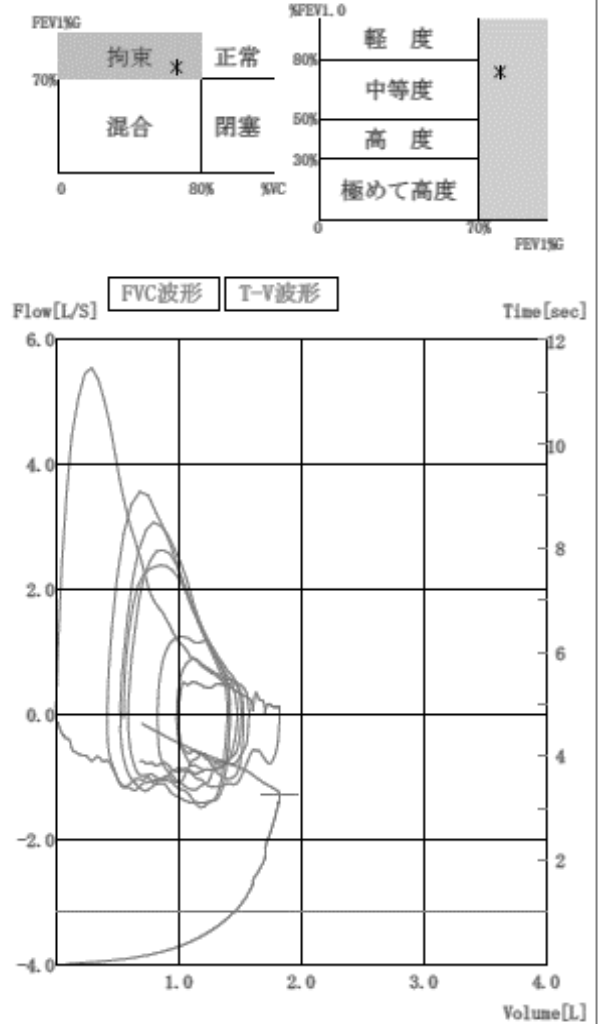


※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

呼吸機能検査報告書

息を吸ったり吐いたりする能力を測定した結果です。肺の大きさ(肺活量)や、空気の出し入れのしやすさを評価し、喘息やCOPD(慢性閉塞性肺疾患)などの診断に用いられます。

努力呼気曲線・フローボリューム					
	単位	前回値	実測値	予測値	予測率
FVC	L		1.83	2.66	68.7%
FEV ₁	L		1.45	1.97	73.6%
FEV _{0.5}	L		1.83		
FEV ₁ %G	%		79.23	76.79	103.1%
FEV _{0.5} %G	%		100.00		
FEV ₁ %T	%		79.23	74.08	106.9%
FEV _{0.5} %T	%		100.00		
PEF	L/sec		5.55	6.97	79.6%
Ṡ ₇₅	L/sec		4.46	6.53	68.3%
Ṡ ₅₀	L/sec		1.47	2.26	65.0%
Ṡ ₂₅	L/sec		0.52	0.46	113.0%
Ṡ ₁₀	L/sec		0.31		
Ṡ ₂₅ /H	L/sec/m		0.33	0.87	37.9%
MFEF	L/sec		1.89	2.91	64.9%
MMEF	L/sec		1.22	2.01	60.6%
EXTime	sec		3.45		
V _{eat}	L		0.05		
AT	%		0.00		
FEV ₁ /VC-pr	%		52.73		
PIF	L/sec		1.49		
最大・分時換気量					
	単位	前回値	実測値	予測値	予測率
MVV	L/min			61.66	
MVV/BSA	L/min/m ²				
RR	/min				
MV	L/min				
BR	L/min				
VR	%				
じん肺法判定 F(+)					
%VC	66.54%	FEV ₁ %G	79.23	%FEV ₁	73.60%

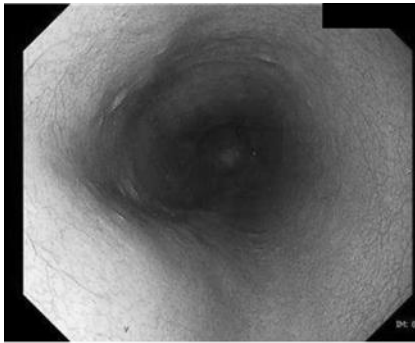
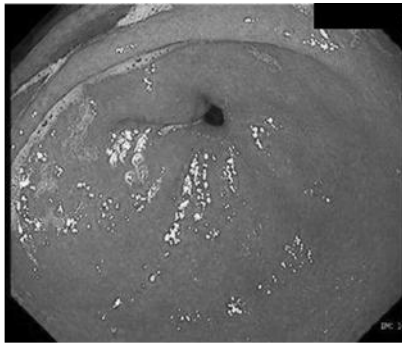
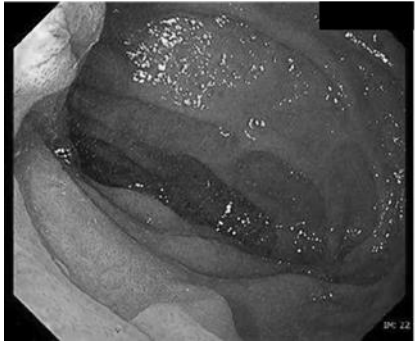


※スパイログラム上は軽度の拘束性障害があります。

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

内視鏡検査報告書

胃カメラ(上部消化管内視鏡)や大腸カメラ(下部消化管内視鏡)を用いて、食道・胃・腸などの内部を直接観察し、病変の部位や形状を記載したものです。写真が添付されることもあります。

上部内視鏡診断書			報告日
患者ID	XXXXXXXXXX	性別	生年月日
患者名	開示 見本 (カシ' ミナ)	血液型	入/外
依頼医	依頼科		
依頼病名			
検査理由			
検査種別	上部内視鏡検査	検査項目	上部消化管(一内)
検査日		主実施医	
指導医		副実施医	
診断情報(病理)[食道]			
部位: 全体、頭部、下部			
質的診断: 異常所見なし			
[胃]			
質的診断: 異常所見なし			
[十二指腸]			
質的診断: 異常所見なし			
総合診断			
			
			

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

病理診断報告書

手術や内視鏡などで採取された組織の断片(生検組織)を顕微鏡で詳細に観察し、病変の性質(良性か悪性か)を確定した診断結果です。

病理組織診断報告書		O1版
病理番号	XXXXXXXXXX	
ID	XXXXXXXXXX	依頼科
氏名	カヅミ 見本	依頼医
生年月日		担当医
性別		受付日
		採取日
<hr/>		
臓器・部位	口唇	
<hr/>		
組織診断		
	No remarkable change	
所見	<p>口唇の生検が提出されています。 好中球の浸潤が広範にみられます。 上皮細胞は、やや細胞密度が高いですが、配列の乱れや核異型は認められません。標本中に悪性所見は認められません。</p>	
依頼内容		
	臨床所見	:
	検査目的	:
	依頼材料	:
報告日	診断医師	送信医
<hr/>		
本症例を公表(学会・論文等)するときは病理医に必ずご連絡下さい。 山梨大学医学部附属病院 病理部・病理診断科		

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

細胞診報告書

痰や尿、体液、病変部から採取された細胞を顕微鏡で観察し、がん細胞や異常な細胞が含まれていないかを調べる検査の結果です。

病理細胞診断報告書

O1版

病理番号 XXXXXXXXXX

ID XXXXXXXXXX

氏名 開示 見本

生年月日

性別

依頼科

依頼医

担当医

受付日

採取日

細胞診断 胆汁 吸引 適正 Class II
Mild cellular atypia

所見 軽度の細胞異型を認める。

依頼材料 : 胆汁

報告日

細胞検査士

診断医師

チェック者

送信者

※本症例を公表(学会・論文等)するときは病理医に必ずご連絡下さい。山梨大学医学部附属病院 病理部・病理診断科

画像診断報告書

レントゲン(X線)、CT(コンピューター断層撮影)、MRI(磁気共鳴画像)など、画像で体内の状態を撮影した結果を、放射線科の医師などが専門的に読影し、所見を記述したものです。

1版		画像診断報告書		単純撮影	
患者番号	XXXXXXXXXX	依頼科/依頼医		検査項目	頭蓋骨 正面 単純
患者情報	カシノ ミホ 開示 見本 xxxx年xx月xx日生 xx歳 男性 外来	使用造影剤		検査実施日時	
		読影日時		読影者	
		(臨床診断)			
		(検査目的)			
(所見)					
(診断)					
(コメント)					
(キー画像)					
<p>この画像診断報告書は、画像に基づく「医師向け」の報告書です。最終診断には臨床症状などを総合的に評価する必要があります。患者様に本報告書を印刷、提供される医師はこの点に留意の上、記載内容について十分な説明を行ってください。</p> <p style="text-align: center;">山梨大学医学部附属病院</p>					

※ 掲載されている情報は、架空の症例に基づいて作成されたものであり、実際の患者様の記録の複写ではありません。

令和8年1月28日作成
山梨大学医学部附属病院