

2025 年度 DPC 調査参加病院向け
様式 1 入力支援ソフト

マニュアル

(株)健康保険医療情報総合研究所

目 次

項目	ページ
注意事項	4
1 様式1入力支援ソフト概要	5
1.1 機能	5
1.2 動作環境	5
2 本システムのデータについて	6
2.1 データの入力方法について	6
2.2 データの仕組みについて	6
3 準備作業	8
3.1 様式1入力支援ソフトの起動(初回のみ)	8
3.2 ログインIDとパスワード	9
3.3 ユーザーメンテ	10
(1) ユーザーの新規登録	10
(2) ユーザーの修正、削除	11
3.4 診療科メンテ	12
(1) 診療科の登録	12
(2) 診療科の修正、削除	12
3.5 病棟メンテ	13
(1) 病棟の登録	14
(2) 病棟の修正、削除	14
3.6 システム情報	15
(1) 施設コードの設定	15
(2) 同一入院の判断	16
(3) 診療科／転科先／転科元コードの入力内容	16
(4) 診療科入力モード	16
(5) カレンダーデフォルト表示月	17
(6) 様式1出力対象病棟	17
(7) 子様式1データ更新時、親様式1に入力内容を反映しない	18
4 診療情報一覧	19
5 データ入力・修正	20
5.1 新規登録	20
5.2 データの修正	20
5.3 データの削除	20
6 入力画面について	21
6.1 基本情報1	21
6.2 基本情報2	25
6.3 病名手術	27
6.4 診療情報	36
6.5 様式1サマリ	50
(1) 様式1全項目	50
(2) 一覧データ	51
6.6 編集集中のデータ参照	52
7 転棟データの作成方法	53

8	一連となる7日以内の再入院データの作成方法	56
8.1	7日以内再入院データの作成	56
8.2	7日以内再入院データの削除	60
9	外部データ取込	63
10	モニタリスト出力	63
11	様式1出力	64
12	様式1ファイル出力(外部ファイル保存)	65
13	様式1外部ファイルのリストア(復元)	65
14	様式1ファイルマージ	66
15	データ削除	67
16	DB バックアップ	68
16.1	起動	68
16.2	DB バックアップ実行	69
16.3	DB リストア実行(復元)	71
16.4	タスク設定	72
(1)	設定情報の保存	72
(2)	タスク設定	73
(3)	タスク解除	74
17	データ移行	75
18	入力例	77
例 1)	一般病棟のみ	77
例 2)	一般病棟(インフルエンザ菌肺炎)→その他病棟(鎖骨骨折)	81
例 3)	その他病棟→一般病棟	90
例 4)	一般病棟→その他病棟→一般病棟	95
例 5)	一般病棟→一般病棟(一連となる7日以内の再入院)	101
例 6)	一般病棟→その他病棟→一般病棟→一連となる7日以内の再入院	105
19	外部データ取込概要	110
(1)	取込機能概要	110
(2)	想定される運用概要	111
(3)	外部データインターフェイス番号	112
(4)	システムのデータレコードの構造	124
(5)	取込データファイル作成方法	125
(6)	取込データファイル作成(例)	127

注意事項

ソフトウェアのご利用にあたりましては、以下の内容にご注意ください。

下記のソフトウェアおよびマニュアルは、「DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」に参加する医療機関が、データを作成することを支援する目的で配布するものであり、それ以外の目的での利用を禁止しています。

また、調査参加病院以外の医療機関が利用すること、内容に基づいて類似のソフトウェアを開発することを禁止します。

- ・ 「様式 1 入力支援ソフト」
- ・ 「様式 1 入力支援ソフトマニュアル」
- ・ 「様式 1 入力支援ソフトインストールマニュアル」

また、以下の内容は、作業前に必ず確認してください。

- ・ 使用前に本マニュアルをよくお読みになってください。
- ・ お読みになったあとは、いつでもご覧できるように保管してください。
- ・ 本マニュアルでは、当ソフトの設定／使用を行う上で必要となることを記載しております。一般的なパソコンの操作や設定については、お使いのパソコンのマニュアルや市販の書籍等をご覧ください。
- ・ 本マニュアルの内容の無断転載・無断複写を禁止します。
- ・ 内容について、万が一不審な点や誤り、記載漏れ等お気づきのことがありましたら DPC 調査事務局までご連絡ください。

1 様式 1 入力支援ソフト概要

1.1 機能

- ① 様式1項目の入力機能
- ② 様式1項目の出力機能
- ③ 他システム(医事会計システム、病歴システム)からのデータ取込み機能
- ④ 同一入院データ集約機能
- ⑤ 病名コード(ICD10)、手術コード(医科点数表)の検索機能
- ⑥ 診療科コード変換機能
- ⑦ サマリの印刷出力機能
- ⑧ ID とパスワードによるセキュリティ管理
- ⑨ その他の便利機能
 - ・複数PCで入力したデータをメインPCにまとめる
 - ・複数のPCで入力、作成した様式1を1つのファイルにまとめる
 - ・容易なデータ変更修正機能・データの一括削除機能・DB のバックアップ機能

1.2 動作環境

OS	Windows11(64 ビット) 【推奨】 Windows10 (32 ビット、64 ビット) ※
DB	SQLServer2014 Express SP3
CPU	SQLServer で要求されている性能をみたすもの ※Pentium4 以上推奨
メモリ	2GB を超えるもの
システムドライブの空容量	1GB 以上 【推奨】 (200MB 以下は、不可)
セットアップ先ドライブの空容量	1GB 以上 【推奨】 (200MB 以下は、不可)
必要コンポーネント	.Net Framework 3.5 .Net Framework 4.0

※Windows10 につきましては、2025 年 10 月 14 日をもってマイクロソフト社の延長サポートが終了するため、終了後の動作保証は出来かねますことをご了承ください。

本ソフトは院内の環境設定などにより、動作しない場合があります。

完全に動作保証するものではありませんのでご了承ください。

2 本システムのデータについて

2.1 データの入力方法について

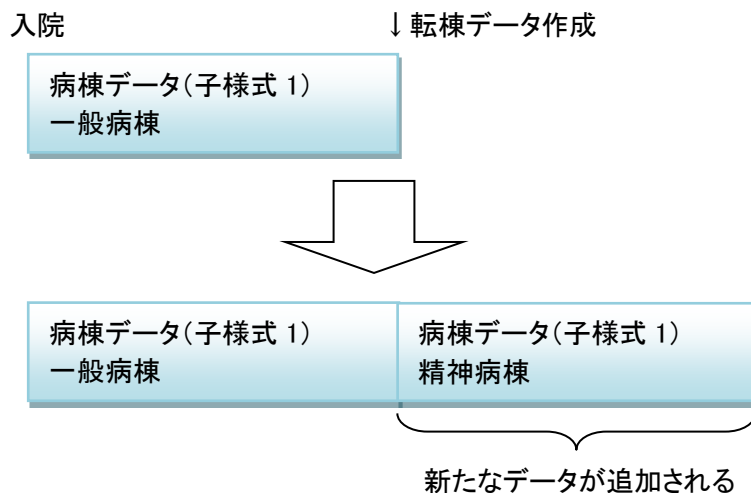
データの入力方法は3通りあります。

- ① 手入力する
- ② 外部データの取込みによる入力
- ③ ①②の組み合わせ

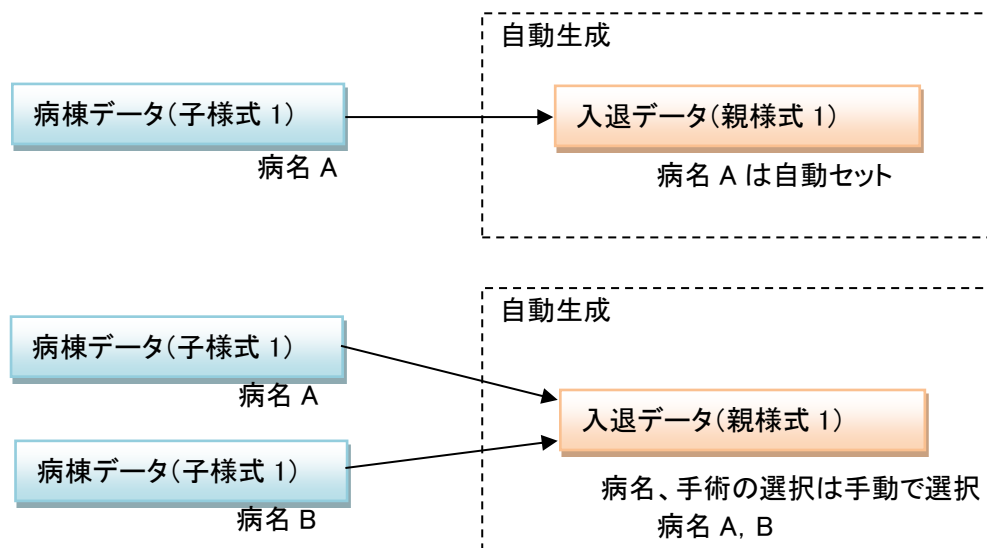
いずれの方法でも可能です。

2.2 データの仕組みについて

転棟時に、転棟前のデータに転棟日を入力することによって、転棟後のデータを作成することができます。様式1の対象となる一般病棟、精神病棟、その他病棟の3つの単位がデータの最小単位となります。データは病棟データ単位を基本とし、転棟の度に病棟データを作成していきます。

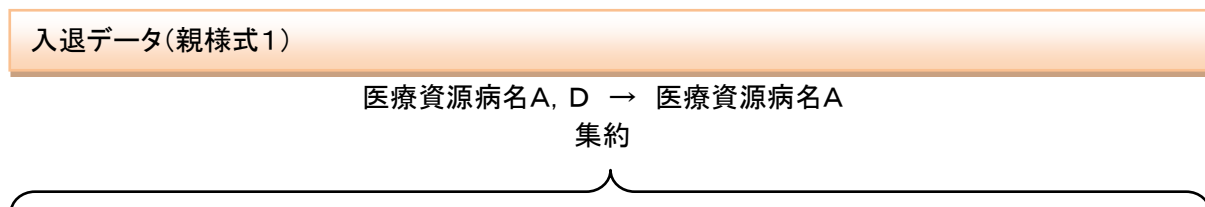


病棟データ(子様式1)を入力することによって、入退データ(親様式1)を自動生成しますので、改めて入力する必要はありません。但し、病棟データが2つ以上ある場合、病名、手術はこれら病棟データから選択する必要があります。一般病棟のみの入退院の場合は親様式1のみの提出となりますが、本システムは病棟データ(子様式1)を作成し、入退データ(親様式1)を自動生成させます。

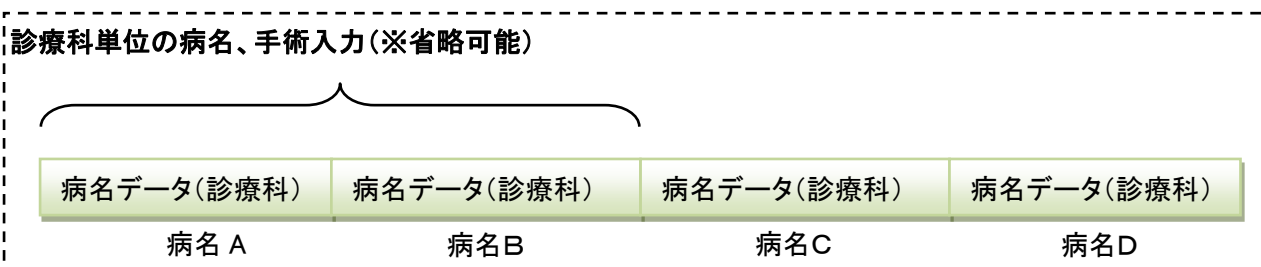


また、病名データは病棟データ1つに対して診療科単位で病名を入力することが可能ですが、病名データは病棟データ(子様式)単位で入力することをお勧めします。

入院日から退院日単位



様式1の対象となる一般病棟、精神病棟、その他病棟単位



3 準備作業

インストール後、以下の手順で以下の設定作業をしてください。設定されていない場合、様式1が正しく出力されません。

3.1 様式1入力支援ソフトの起動（初回のみ）

初回起動時にパスワードが必要になります。画面に表示されたIDをDPC調査事務局へメールにてお問い合わせください。バージョンアップの場合は不要です。

パスワードを入力すると、2回目以降はパスワードなしで本システムを起動することができます。

パスワード問合せ先 メールのみで受付 メールアドレス ff1@prism.com メール件名:「様式1パスワード」 <ul style="list-style-type: none">・施設コード・病院名・担当者名・ID を必ずお知らせください。

※パスワードは送付されたメールアドレスへ返信します。

※施設コード、病院名、担当者名の記載がない場合は回答いたしません。

※連絡担当者以外の方からのお問い合わせ、未登録のメールアドレスには回答いたしません。

※2025年度「DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」に参加している病院にのみ配布します。

※パスワードは平日 16:30 まで受け付け分は当日中に返信します。(※リリース直後は大変混み合いますので、返信がくるまで数日かかる場合もあります) 返信が遅くなる場合もありますので、ご利用の際は余裕をもってIDをお知らせください。

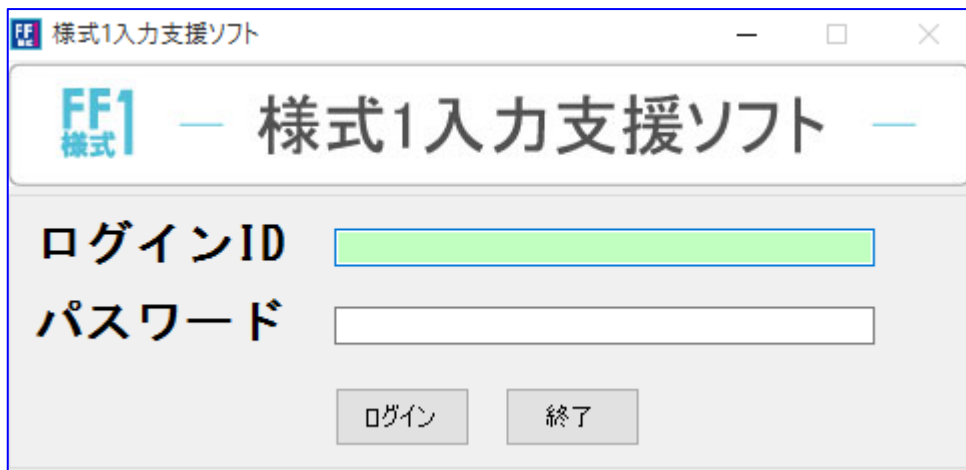
※電話による問い合わせは受け付けません。

尚、それぞれの PC によって、ID とパスワードが異なります。

複数台インストールする場合は、予めインストールするすべての PC の ID をご確認の上、お問い合わせください。お問い合わせするメールに複数のIDを記載頂いても構いません。

3.2 ログインIDとパスワード

起動時にログインIDとパスワードを入力します。



初期設定として以下のログインIDとパスワードを用意しております。ログインIDとパスワードを入力後、[ログイン]ボタンを押すとログインできます。

ログインID	administrator
パスワード	W6W928GXTY

上記ログインIDとパスワードは全機能の操作を可能とした管理者用IDです。管理者用IDのログインID、パスワード変更は不可です。

3.3 ユーザーメンテ

管理者用 ID とは別に、作業用ユーザーID を登録します。ユーザーごとに登録権限、診療情報一覧、モニタリスト出力可否、外部データ取込可否を設定します。

ホーム画面から[ユーザーメンテ]ボタンを押してください。

画面

(1) ユーザーの新規登録

[新規登録]ボタンを押して、ユーザーID、パスワード、ユーザーコード、ユーザー名称、PC名を入力し、登録権限、診療情報一覧、モニタリスト出力可否、外部データ取込可否を設定します。[更新]ボタンで登録します。

ユーザー情報

入力欄	説明
ユーザーID	必須。ログイン時のユーザーID
パスワード	必須。ログイン時のパスワード
ユーザーコード	任意(入力不要)
ユーザー名称	必須。適当な名称を入力
PC名	任意(入力不要)

ユーザー権限

項目	設定	説明
登録権限	0: 不可	データの登録権限がない
	2: 新規登録可	登録、修正が可能
診療情報一覧	0: 使用不可	診療情報一覧表示機能が使用不可
	2: すべて	診療情報一覧表示機能が使用可能
モニタリスト出力可否	0: 不可	モニタリスト(印刷機能)の出力不可
	1: 使用可	モニタリスト(印刷機能)の出力可能
外部データ取込可否	0: 不可	外部データの取込機能が使用不可
	1: 使用可	外部データの取込機能が使用可能

(2) ユーザーの修正、削除

〔選択〕ボタンで登録したユーザーの情報が修正可能です。登録内容を修正後、〔更新〕ボタンを押すと修正した内容に更新されます。

登録したユーザーを削除する場合は、削除したいユーザーの〔選択〕ボタンを押して〔削除〕ボタンを押してください。

3.4 診療科メンテ

院内の診療科をこの画面で設定します。外部データ取込機能にてデータを取り込む場合で、院内独自の診療科コードになっている場合は、診療科メンテナンス画面で対応テーブルを設定する必要があります。ホーム画面から[診療科メンテ]ボタンを押してください。

画面

	名称	医事会計コード	厚生労働省コード
選択	内科	010	010
選択	心療内科	020	020
選択	精神科	030	030
選択	神経科	040	040
選択	呼吸器科	050	050
選択	消化器科	060	060
選択	循環器科	070	070
選択	アレルギー科	080	080
選択	リウマチ科	090	090
選択	小児科	100	100
選択	外科	110	110
選択	整形外科	120	120
選択	形成外科	130	130
選択	美容外科	140	140
選択	脳神経外科	150	150

名称

医事会計コード

厚生労働省コード

更新 中止

新規登録 削除

戻る

(1) 診療科の登録

診療科を新規に登録する場合は、[新規登録]ボタンを押して診療科の「名称」「医事会計コード」「厚生労働省コード」を入力します。[更新]ボタンで入力した内容が更新されます。

入力欄	説明
名称	診療科名称を入力します
医事会計コード	病院独自の診療科コードで外部データの取り込みまたは手入力を行います
厚生労働省コード	様式1に対応する診療科コードで外部データの取り込みまたは手入力を行います

(2) 診療科の修正、削除

[選択]ボタンで診療科情報が修正可能です。修正する診療科の[選択]ボタンを押して、登録内容を修正後、[更新]ボタンを押すと修正した内容に更新されます。

登録した診療科を削除する場合は、削除したい診療科の[選択]ボタンを押して[削除]を押してください。

3.5 病棟メンテ

様式1の対象となる一般病棟、精神病棟、その他病棟をそれぞれ設定します。

画面



	コード	名称	タイプ
選択	1	一般病棟	1 一般病棟
選択	2	精神病棟	2 精神病棟
選択	3	その他病棟	4 その他

コード:

名称:

タイプ:

更新 中止

新規登録 削除

戻る

病棟の登録は細かく設定(東 2F 病棟、東 3F 病棟、西 3F 病棟など)する必要はありません。大きく以下の3つの病棟が登録されていれば問題ありません。

- ① 一般病棟 (様式1の調査対象となる一般病棟)
- ② 精神病棟 (様式1の調査対象となる精神病棟)
- ③ その他病棟 (様式1の調査対象となる一般・精神以外の病棟)

初期値は上記の3つの病棟がセットされています。様式1の調査対象となる精神病棟がない病院は②を削除し①③のみとしてください。③の病棟がない病院は③を削除し、①②のみとしてください。②③の病棟がない病院は②③を削除し、①のみとしてください。

なるべくこのまま利用することをお勧めします。

ホーム画面から[病棟メンテ]ボタンを押してください。

(1) 病棟の登録

〔新規登録〕ボタンで病棟の登録が可能です。入力欄に「コード」「名称」「タイプ」を入力して〔更新〕ボタンを押してください。

入力欄	説明
コード	病棟コード
名称	病棟名称
タイプ	1 一般病棟 様式1の調査対象となる一般病棟 2 精神病棟 様式1の調査対象となる精神病棟 4 その他病棟 様式1の調査対象となるその他病棟

(2) 病棟の修正、削除

〔選択〕ボタンで病棟情報が修正可能です。登録内容を修正後、〔更新〕ボタンを押すと修正した内容に更新されます。

登録した病棟を削除する場合は、削除したい診療科の〔選択〕ボタンを押して〔削除〕を押してください。

3.6 システム情報

本システムの基本設定を行います。ホーム画面から[システム情報]ボタンを押してください。それぞれの内容を設定後、[更新]ボタンで登録します。

画面

施設コード

同一入院の判断

1 番目のレコードと2 番目のレコードの「データ識別番号」が一致していること。(必須)

☐ 1 番目のレコードの「退院年月日」と2 番目のレコードの「入院年月日」が同一日であること。
(チェックをはずした場合は、入退院時期が重なったデータも対象になる。)

診療科／転科先／転科元コードの入力内容

☐ 医事会計システムコード ☒ 厚生労働省コード

診療科入力モード

☐ 使用する

カレンダーデフォルト表示月

☒ 当月 ☐ 前月

様式1出力対象病種

☐ その他病種を除く ☒ 全て

☐ 子様式1データ更新時、親様式1に入力内容を反映しない(下記該当項目のデータ限定)

【該当項目】

入院時の褥瘡の有無、退院時の褥瘡の有無、入院中の褥瘡の最大深度等、入院中の褥瘡の最大深度等の日付、入院後48時間以内の栄養ケアアセスメントの実施、転倒・転落回数、インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落、身体的拘束日数
※ 該当項目を親様式1に直接入力する運用をしていることなどが無い限り、チェックを入れないでください。

(1) 施設コードの設定

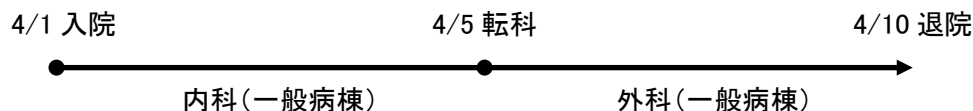
施設コードを設定します。9桁の数字を入力してください。

施設コード(9桁)＝都道府県番号(2桁)＋医療機関コード(7桁)

(2) 同一入院の判断

取込む外部データが、診療科毎にデータを入力されている場合であって、データを1入院型へ集約する際にデータの入力方法がどのように入力されているかを判断します。

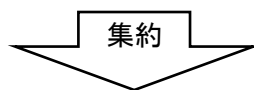
例)



【入力方法】

内科、外科それぞれで入力する

	入院年月日	退院年月日
内科分	20250401	20250405
外科分	20250405	20250410



	入院年月日	退院年月日
集約後	20250401	20250410

この場合は、

☐ 1 番目のレコードの「退院年月日」と2 番目のレコードの「入院年月日」が同一であることにチェックを入れてください。

(3) 診療科／転科先／転科元コードの入力内容

外部データ取込機能で診療科を取得する場合、または入力画面で診療科を入力する場合、病院の独自コードで取込みまたは入力するのか、様式1の診療科コードで入力するのか選択します。

病院独自の診療科コードとする場合(診療科メンテ画面で医事会計コードを使用する場合)は

☐ 医事会計システムコード

を選択してください。

様式1に対応した診療科コード(診療科メンテ画面で厚生労働省コードを使用する場合)を取得する場合は

☐ 厚生労働省コード

を選択してください。

(4) 診療科入力モード

診療科単位で入力を行う場合は「☐使用する」にチェックを入れてください。但し、入力が複雑になりますので病棟単位(様式1の対象となる一般病棟、精神病棟、その他の病棟単位)で入力する場合は、チェックを入れないでください。

(5) カレンダーデフォルト表示月

日付入力の項目(入院年月日、退院年月日等)でカレンダー画面を用いて入力することが可能です。表示されるカレンダーを当月のカレンダーか、前月のカレンダーか選択してください。前月分のデータを入力する際は、「前月」としておくで非常に便利です。

カレンダー画面



(6) 様式1出力対象病棟

「一般病棟」「精神病棟」「その他病棟」とされている期間において「子様式1」として出力を行う場合は、
○ 全て

にチェックを入れてください。

「その他病棟」とされている期間において「子様式1」として作成を行わない場合は、

○ その他病棟を除く

にチェックを入れてください。

デフォルトで「全て」にチェックが入っておりますので、変更せずこのままお使いください。

(7) 子様式1データ更新時、親様式1に入力内容を反映しない

☐ 子様式1データ更新時、親様式1に入力内容を反映しない(下記該当項目のデータ限定)

【該当項目】

入院時の褥瘡の有無、退院時の褥瘡の有無、入院中の褥瘡の最大深度等、入院中の褥瘡の最大深度等の日付、入院後48時間以内の栄養ケアアセスメントの実施、転倒・転落回数、インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落、身体的拘束日数
※該当項目について、親様式1のみに入力する運用の場合は、チェックを必ずいれてください。

2024 年度以降、親様式入力を指定する項目(下記の【該当項目】)が追加されました。

様式1入力支援ソフトにおいては、病棟データ(子様式1)を入力することによって、入退データ(親様式1)を自動生成する仕組み(「2.2 データの仕組みについて」参照)となっています。

そのため、基本的には通常通り、病棟データ(子様式1)に入力いただければ、そのまま入退データ(親様式1)にデータが反映されるため、別途、親様式の入力・編集(「4 診療情報一覧」参照)を行う必要はありません。

ただし、上記の仕組み上、子様式1データ更新時、親様式1に入力内容が必ず反映されるため、例えば、親様式1に直接入力するような運用をしている場合に関して、下記の【該当項目】のデータのみ、その反映を無効にすることができます。

【該当項目】

入院時の褥瘡の有無、退院時の褥瘡の有無、入院中の褥瘡の最大深度等、入院中の褥瘡の最大深度等の日付、入院後 48 時間以内の栄養ケアアセスメントの実施、転倒・転落回数、インシデント影響度分類レベル 3b以上の転倒・転落、身体的拘束日数

※該当項目について、親様式1のみに入力する運用(すべての子様式1において入力するわけではない)の場合は、チェックを必ずいれてください。

4 診療情報一覧

ホーム画面から[診療情報一覧]ボタンで、入力されたデータの一覧を表示させることができます。また、条件を入力することで条件に合致したもののみ表示させることができます。

また、様式1の出力もこの画面から行います(詳細は様式1出力の章を参照してください)。

画面

検索後、画面下に検索結果が表示されます。[編集]ボタンでそのデータの編集を行うことが可能です。

子様式の入力・編集をする場合は、区分が「子」であるレコードの[編集]ボタンを押下してください。

親様式の入力・編集をする場合は、区分が「親」であるレコードの[編集]ボタンを押下してください。

編集	区分	識別番号
編集	子	0000000001
編集	親	0000000001
編集	子	0000000001
編集	子	0000000002
編集	親	0000000002
編集	子	0000000002
編集	子	0000000002

5 データ入力・修正

5.1 新規登録

データを新規に登録する場合はホーム画面から[新規登録]ボタンを押します。データ入力後、[更新]ボタンで登録できます。

5.2 データの修正

登録されているデータの編集を行うにはホーム画面から[診療情報一覧]ボタンを押します。修正したいデータの検索条件を入力し[検索実行]を押します。表示されたデータの[編集]ボタンを押すことで、データの修正が可能です。修正後[更新]ボタンを押してください。

5.3 データの削除

入力画面の「基本情報 1」のタブの[削除]ボタンでこのデータの削除が可能です。削除してしまうと元に戻すことはできません。ご注意ください。

6 入力画面について

6.1 基本情報 1

「基本情報1」のタブを選択します。

画面

画面上、赤字となっている「データ識別番号」「生年月日」「入院日」は本システムの必須項目です。これらの入力がないと、登録できません。データの登録、修正を行った際は必ず[更新]ボタンを押してください。

内容説明

項目	説明
データ識別番号	データ識別番号を入力してください。頭 0 の入力は不要です。頭 0 は自動付加します。「12345」のように入力すると「0000012345」のようになります。
識別名	入力は任意（必要に応じて入力してください）。入力しなくても様式 1 に影響はありません。

項目	説明
性別	男、女のいずれかにチェックしてください。
生年月日	西暦をリストから選択または直接入力し、月、日は直接入力してください。
郵便番号	郵便番号 7 桁を直接入力してください。
統括診療情報番号	自動付加します。修正は出来ません。
入院日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。 直接入力する場合は西暦、月、日で入力してください。 例 2025 年 4 月 10 日の場合、「20250410」と入力すると「2025/04/10」と入力されます。他の日付入力も同様です。
退院日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
同日入院	回数管理番号と同じ数値を設定してください。なお、サマリーレコードABについては自動作成されますので修正は不要です。
回数管理番号	同一日に入退院する、いわゆる「1 日入院」の場合のみ値を設定します。設定する値は、1 日入院が 1 回であれば「1」。複数回あれば、入院時間の早いものから順に「1」、「2」・・・と設定します。なお、1 日入院以外は、初期値の「0」を設定します。
病棟	リスト（病棟メンテで登録した病棟名）から選択します。
病棟タイプ	選択された「病棟」から自動セットされます。
入棟日	入院日や転棟日などから自動セットされます。
退棟日	退院日や転棟日などから自動セットされます。
様式 1 開始日	入院日や転棟日などから自動セットされます。
様式 1 終了日	退院日や転棟日などから自動セットされます。
診療科	直接入力またはダブルクリックで一覧から選択してください。
転科の有無	転科がある場合はチェックを入れてください。

〔削除〕ボタン

データを削除します。削除されたデータは元に戻りません。ご注意ください。

親様式1データを削除する場合は、子様式1を先に削除する必要があります。

一連となる 7 日以内の再入院様式1（統括診療情報番号＝A,B）を削除する場合は、一連となる 7 日以内の再入院様式1作成画面で削除してください。

〔再入院登録〕ボタン

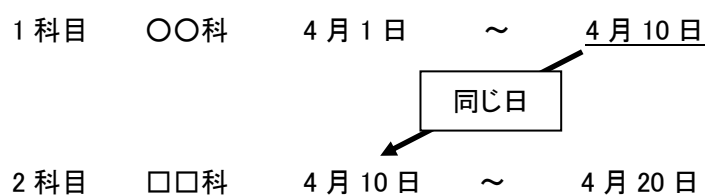
同一疾患で 7 日以内に再入院した場合の様式1を作成します。

〔転棟〕ボタン

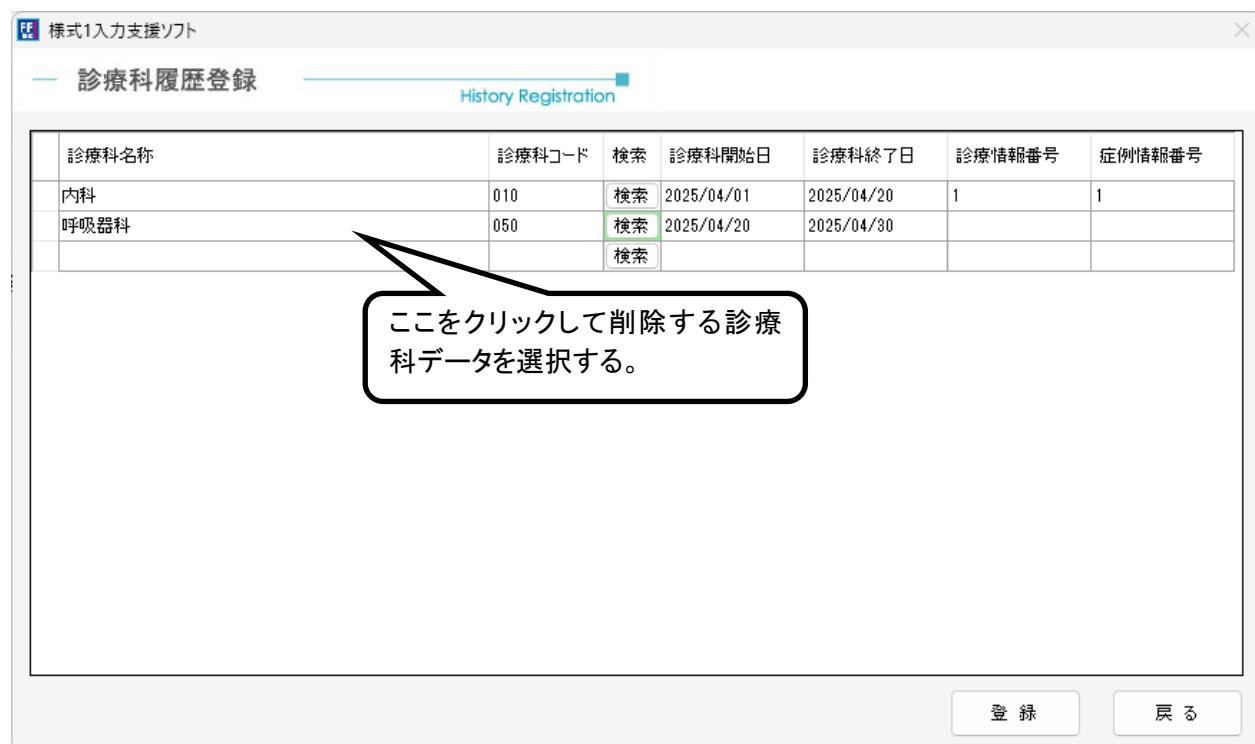
転棟した場合の子様式1を作成します。

〔診療科歴〕ボタン

診療科単位に〇〇科 4 月 1 日～4 月 10 日、□□科 4 月 10 日～4 月 20 日のように掛かった診療科単位で日付入力が可能です。入力は任意です。入力はしなくても構いません。複数診療科を入力する場合、日付は必ず繋がるように入力してください。



登録した診療科履歴を削除する場合は、削除したい診療科データを選択しキーボード上の [Delete] ボタンで削除します。



診療科名称	診療科コード	検索	診療科開始日	診療科終了日	診療情報番号	症例情報番号
内科	010	検索	2025/04/01	2025/04/20	1	1
呼吸器科	050	検索	2025/04/20	2025/04/30		
		検索				

ここをクリックして削除する診療科データを選択する。

登録 戻る

様式1項目の

- 「調査対象となる一般病棟への入院の有無」
- 「調査対象となる精神病棟への入院の有無」
- 「調査対象となるその他病棟への入院の有無」

は入力画面の「病棟」から自動セットしますので、直接編集は出来ません。

カレンダー入力とは...

入院年月日、退院年月日、手術実施日など日付入力ボックスの上でダブルクリックすると、カレンダーが表示されます。ここから容易に日付を入力することができます。但し、生年月日はカレンダー入力できません。

① 日付入力欄の上でダブルクリック

入院日 退院日

② カレンダーから日付選択します。日付をクリックしてください。

日付指定

< 2025年4月 >

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

戻る

③ 選択した日付がセットされます

入院日 2025/04/01 退院日

診療科の入力も同様に診療科入力欄の上でダブルクリックすると診療科リストから選択が可能です。

6.2 基本情報 2

「基本情報2」のタブを選択します。

画面

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号:

様式1サマリ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

統一: 入院日: 退院日: 様式1開始日: 様式1終了日:

入院中の主な診療目的: 治療実施の有無 ☐ 有り

入院経路: 他院よりの紹介の有無 ☐ 有り 自院の外来からの入院 ☐ 有り

予定・救急医療入院: 救急車による搬送 ☐ 有り

自傷行為・自殺企図の有無: 入院前の在宅医療の有無

2022年度追加項目: 過去の自傷行為・自殺企図の有無 ※2021年度以前は選択できません。

退院先: 退院時転帰

入院から24時間以内の死亡の有無 ☒ 無し ☐ 有り ☐ 救急搬送、入院前死亡 退院後の在宅医療の有無

前回退院年月日: 前回同一傷病で自院入院の有無

再入院種別: 再入院理由種別: 再入院理由:

再転種別: 再転理由種別: 再転理由:

入力終了情報 0: 未完 記入日:

F5 更新 F6 モニタリスト F7 左方向切替 F8 右方向切替 F9 検索 F10 戻る

内容説明

項目	説明
入院中の主な診療目的	リストから選択してください。
治療実施の有無	有りの場合はチェックをしてください。
入院経路	リストから選択してください。
他院よりの紹介の有無	有りの場合はチェックをしてください。
自院の外来からの入院	有りの場合はチェックをしてください。
予定・救急医療入院	リストから選択してください。
救急車による搬送	有りの場合はチェックをしてください。

項目	説明
入院前の在宅医療の有無	リストから選択してください。
自傷行為・自殺企図の有無	リストから選択してください。
過去の自傷行為・自殺企図の有無	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
退院先	リストから選択してください。
退院時転帰	リストから選択してください。
入院から 24 時間以内の死亡の有無	該当するものにチェックしてください。
退院後の在宅医療の有無	リストから選択してください。
前回退院年月日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
前回同一傷病で自院入院の有無	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
再入院種別	リストから選択してください。
再入院理由種別	リストから選択してください。
再入院理由	全角 100 文字以内で入力してください。
再転棟種別	リストから選択してください。
再転棟理由種別	リストから選択してください。
再転棟理由	全角 100 文字以内で入力してください。
入力終了情報	入力任意。リストから選択してください。
記入年月日	入力任意。直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。

6.3 病名手術


〔病名手術〕タブを選択します。

親様式1、一連となる7日以内再入院データの病名の編集はできません。

画面

内容説明

項目	説明
対象診療科	対象診療科のみ表示させることが可能です。「システム情報」の設定で診療科入力モードが「使用する」になっている場合のみ有効です。また、「基本情報1」にある〔診療科履歴〕に診療科が登録されていれば、登録された診療科のみ表示させることが可能です。本機能は特に使用しなければならないものではありません。
主傷病名	「主傷病名」を入力します。
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。
医療資源を最も投入した傷病名	「医療資源を最も投入した傷病名」を入力します。

項目	説明
医療資源を2番目に投入した傷病名	「医療資源を2番目に投入した傷病名」を入力します。
入院時併存症名 1～10	「入院時併存症名 1」～「入院時併存症名 10」を入力します。
入院後発症疾患名 1～10	「入院後発症疾患名 1」～「入院後発症疾患名 10」を入力します。
ICD10 (2013)	ICD10 コード(2013年度版)を入力します。[検索]ボタンでICD10 コードの検索が可能です。
レセ電算	レセ電算コードを入力します。[検索]ボタンでレセ電算コードの検索が可能です。※様式1においてはA0060XX 傷病名のペイロード番号4 傷病名コードに相当します。
修飾語コード	修飾語コードを入力します。[検索]ボタンで修飾語コードの検索が可能です。
難病	告示番号及び医療費助成の有無を入力します。  サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。
病名付加コード (2013)	医療資源を最も投入した傷病名 ICD10 (2013) に対する「病名付加コード」をリストから選択します。
手術名称	手術名称を入力します。手術名のキーワードを入力して [検索] ボタンで手術名の検索も可能です。
K コード	点数表コードを入力します。[検索] ボタンで K コードの検索が可能です。
STEM7	手術基幹コードを入力します。[検索] ボタンで手術基幹コードの検索が可能です。
主たる麻酔	リストから選択してください。
実施日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
手術回数	リストから選択してください。
手術側数	リストから選択してください。
予防的抗菌薬投与	リストから選択してください。 ※2024 年度新規項目

〔「疑い」の付与または削除〕ボタン

選択された病名(名称)に「疑い」を付加または削除します。

〔手術入力〕ボタン

手術情報の入力部分まで画面をスクロールします。

〔↑〕ボタン

表示された手術の並び替えが可能です。上に移動させます。

病名・修飾語入力画面で入力する際は以下の手順を参考にしてください。

- ① 病名欄に病名を入力します。
- ② 標準病名検索ボタンを押します。レセ電算コード欄にレセ電算コードを選択します。
レセ電算コードに未コード化傷病コードを入力する場合は未コード化傷病コードボタンを押してください。
- ③ ICD10 欄に ICD10 を直接入力するか ICD10 検索ボタンより入力してください。
※ICD10 検索での手順は後述します。
- ④ 反映ボタンを押すと反映欄、設定中病名欄へ入力値が反映されます。

画面

The screenshot shows the 'Disease Input' software interface. Key components and callouts include:

- 設定中病名欄** (Setting Disease Name Field): Points to the '設定中病名' (Setting Disease Name) input field.
- 反映欄** (Reflection Field): Points to the '反映' (Reflect) button.
- ICD10 欄** (ICD10 Field): Points to the 'ICD10' input field.
- タブ** (Tab): Points to the 'タブ' (Tab) button.
- 病名欄** (Disease Name Field): Points to the '病名' (Disease Name) input field.
- レセ電算コード欄** (Receivable Code Field): Points to the 'レセ電算コード' (Receivable Code) input field.

The interface also includes a table with columns for '病名表記力' (Disease Name Expression Power), '参考)ICD10' (Reference) ICD10, and 'レセ電算' (Receivable). The table lists various diseases and their corresponding codes and receivable values.

病名表記力	参考)ICD10	レセ電算
17欠水酸化酵素欠損症	E250	8848176
18欠失症候群	E250	8848177
18常染色体異常	Q935	8848425
18水酸化酵素欠損症	Q913	7582002
1p36欠失症候群	E250	8848178
1型自己免疫性糖尿病	Q935	8848426
1型糖尿病	K861	8848310
1型糖尿病・ケトアシドーシス合併あり	E10	2500014
1型糖尿病・関節合併症あり	E101	8841680
1型糖尿病・眼合併症あり	E106	8841685
1型糖尿病・腎合併症あり	E108	8841682
1型糖尿病・昏睡合併あり	E100	8841679

- ⑤ 接頭語のタブを押し接頭語入力画面に切り替えます。
- ⑥ 入力欄へ接頭語を入力し検索ボタンより接頭語・接尾語を表示させてください。
- ⑦ 追加ボタンより修飾語コードを追加します。
- ⑧ 反映欄に追加した修飾語コードが表示されます。反映ボタンを押して設定中病名に反映ください。
※接尾語タブでも同様の入力をします。
- ⑨ 決定ボタンを押して決定してください。

画面

The screenshot shows the 'Disease Input' software interface. Key components and their callouts are as follows:

- タブ (Tab):** Points to the '設定中病名' (Setting Disease Name) field.
- 解析欄 (Analysis Field):** Points to the '修飾語コード' (Modifier Code) input field.
- 反映欄 (Reflection Field):** Points to the '反映' (Reflect) button.
- 入力欄 (Input Field):** Points to the '入力' (Input) button.

The interface includes sections for '現在病名' (Current Disease Name), '設定中病名' (Setting Disease Name), '接頭語' (Prefix), '本体' (Body), and '接尾語' (Suffix). It also features a '解析' (Analysis) button, a 'クリア' (Clear) button, and a '決定' (Decision) button. A table at the bottom displays '修飾語コード' (Modifier Code) and '名称' (Name) with '削除' (Delete) and '移動' (Move) buttons.

尚、解析欄へ接頭語、接尾語を含んだ傷病名を入力し解析ボタンで解析することも可能です。また病名・修飾語入力画面からではなく直接値を入力することも可能です。

内容説明

タブ	項目	説明
共通	解析	解析欄に入力した病名を解析します。
共通	クリア	解析欄をクリアします。
本体	反映	病名欄、レセ電算コード、ICD10 欄の入力値を設定中病名欄に反映します。
本体	転記	現在病名に設定している病名を病名欄に反映します。
本体	標準病名検索	病名欄に入力した病名より標準病名を検索します。 <div> <input checked="" type="radio"/> ワイルドカード <input type="radio"/> 前方一致 </div> を切り替えることにより前方一致検索ができます。※デフォルトはワイルドカード検索
本体	未コード化傷病コード	未コード化傷病名コードをレセ電算コード欄に入力します。
本体	ICD10 検索	ICD10 を検索します。
本体	コーディングテキスト参照	コーディングテキストを表示します。
接頭語・接尾語	反映	設定中接頭語または設定中接尾語に設定されている修飾語コードを設定中病名欄に反映します。
接頭語・接尾語	全	接頭語・接尾語を一覧で表示します。
接頭語・接尾語	検索	修飾語より接頭語・接尾語の候補を検索します。 修飾語コードがない修飾語を含めて検索する場合は <div> <input type="checkbox"/> 修飾語コード空欄を含む </div> にチェックし検索します。
接頭語・接尾語	クリア	入力欄をクリアします。

●接頭語・接尾語について

接頭語・接尾語は合わせて最大 20 個まで入力できます。「12 様式 1 出力」において、以下の順番で最大4つ出力されます。

①接頭語でチェックしている修飾語コード

※上部にあるものをペイロード番号の小さいほうへ出力します。

接頭語

本体

接尾語

設定中接頭語

開放性外傷性一過性萎縮性炎症性

反映

修飾語コード

5018 3028 4006 5006 5016

様

1

修飾語コード

5018

3028

4006

5006

5016

☒
☐
☐
☒
☐

過性

萎縮性

炎症性

削除

↑

削除

↑

削除

↑

チェックボックス

※選択(チェック)がない場合は「修飾語コードとして追加しているが、何もチェックしていない場合」(後に記載)の順番で「12 様式 1 出力」は出力されます。

- ②接尾語でチェックしている修飾語コード
※上部にあるものをペイロード番号の小さいほうへ出力します。

接頭語

本体

接尾語

設定中接尾語

の疑いの後遺症後遺症の急性増悪の再

反映

修飾語コード

8002 8058 8009 8061 8145 8007

様	1	修飾語コード	名称	削除	移動
<input checked="" type="checkbox"/>	8002	の疑い	削除	↑	
<input type="checkbox"/>	8058	の後遺症	削除	↑	
<input checked="" type="checkbox"/>	8009	後遺症	削除	↑	
<input type="checkbox"/>	8061	の急性増悪	削除	↑	
<input type="checkbox"/>	8145	の再活性化	削除	↑	
<input type="checkbox"/>	8007	急性増悪	削除	↑	

この場合は「12 様式 1 出力」で出力した際は

ペイロード番号の4へ「5018」、
ペイロード番号の5へ「5006」、
ペイロード番号の6へ「8002」、
ペイロード番号の7へ「8009」を出力します。

修飾語コードとして追加しているが、何もチェックしていない場合は、

- ①接頭語で追加している修飾語コード

※上部にあるものをペイロード番号の小さいほうへ出力します。

②接尾語で追加している修飾語コード

※上部にあるものをペイロード番号の小さいほうへ出力します。

の順でペイロード番号4～7へ出力します。

直接入力する際は、何番目の修飾語コードを様式 1 に出力するのかという情報（以下、付与情報）を設定します。※付与情報は半角英数 4 桁まで入力します。

検索	ICD10(2013)	レセ電算	修飾語コード
検索			
検索			
検索			
検索			

上記の例であれば、

「50183028400650065016800280588009806181458007@1468」と入力します。

修飾語コード:5018 3028 4006 5006 5016 8002 8058 8009 8061 8145 8007

付与情報:1468 となります。

※修飾語コードを 10 個以上入力し 10 個目以降を出力する際は注意が必要です。

仮に、「5018 5006 8145 8007」を「12 様式 1 出力」で出力する場合の付与情報は「14ab」となります。

入力順	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
付与情報	1	2	3	4	5	6	7	8	9	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k

ICD10 検索画面では手順を検索してください。

- ① 病名の一部をキーワード〔検索文字列〕欄に入力します。
- ② 〔単語検索〕ボタンを押します。
- ③ 画面左に標準病名が表示されますのでこの中から選択します。選択すると画面右に疾病、傷害および死因統計分類提要第2巻が表示されます。
- ④ 〔決定ボタン〕で最後にチェックした病名、ICD10 が返ります。

①キーワード入力

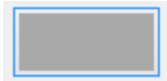
②単語検索ボタンを押す

③チェックする

キーワード入力欄にICD10 コードを入力し、〔ICD〕ボタンで ICD10 コードから標準病名を検索する逆引きも可能です。

手術点数表も同様の操作を行います。「病名手術」のタブにある手術情報の〔検索〕ボタンを押して入力してください。

難病



をクリックして難病を入力します。

画面

指定難病

連番	指定難病の告示番号1	指定難病名称1	医療費助成の有無1	指定難病の告示番号2	指定難病名称2	医療費助成の有無2	入替	削除
0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="↑"/>	<input type="button" value="削除"/>

内容説明

項目	説明
指定難病の告示番号	告示番号を入力してください。
指定難病名称	告示番号を入力すると自動的に入力されます。
医療費助成の有無	リストから選択してください。

6.4 診療情報

「診療情報」のタブを選択したのち、「診療情報項目」を選択してください。

画面

内容説明

項目	説明
現在の妊娠の有無	リストから選択してください。
入院周辺の分娩の有無	リストから選択してください。
出生時体重	数値入力してください。
出生時妊娠週数	数値入力してください。
入院時の妊娠週数	数値入力してください。
分娩時出血量	数値入力してください。
身長	数値入力してください。
体重	数値入力してください。
退院時体重	数値入力してください。※2024 年度新規項目
喫煙指数	数値入力してください。
入院時意識障害がある場合の J C S	リストから選択してください。

項目	説明
(退院時意識障害がある場合の JCS)	リストから選択してください。
入院時の ADL スコア	数値入力してください。[入院時のADLスコア] ボタンより簡易入力も可能です。
退院時の ADL スコア	数値入力してください。[退院時のADLスコア] ボタンより簡易入力も可能です。
地域包括ケア ADL スコア	<div> <div>地域包括ケア ADLスコア</div> <div></div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。</p>
褥瘡（療養病棟）	<div> <div>褥瘡（療養病棟）</div> <div></div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。</p>
褥瘡	<div> <div>褥瘡</div> <div></div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。 ※2024 年度新規項目、親様式 1 に入力。</p>
FIM 入退棟日	<div> <div>FIM入退棟日</div> <div></div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。</p>
FIM 入棟中	<div> <div>FIM入棟中</div> <div></div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。 ※2024 年度新規項目</p>
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	リストから選択してください。
化学療法の有無	リストから選択してください。
がんの初発・再発	リストから選択してください。
UICC 病期分類	リストから選択してください。
UICC 分類 T, N, M	リストから選択してください。
がんの Stage 分類	リストから選択してください。
脳卒中の発症時期	リストから選択してください。
発症前 Rankin Scale	リストから選択してください。
退院時 modified Rankin Scale	リストから選択してください。

項目	説明
テモゾロミド（初発の初回治療）の有無	リストから選択してください。
H u g h - J o n e s 分類	リストから選択してください。
肺炎の重症度分類	数値入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。
医療介護関連肺炎に該当の有無	リストから選択してください。
心疾患の NYHA 心機能分類	リストから選択してください。 ※2024 年度より入力不要項目
心不全患者の血行動態的特徴	リストから選択してください。 ※2024 年度より入力不要項目
狭心症、慢性虚血性心疾患における C C S 分類	リストから選択してください。
急性心筋梗塞における K i l l i p 分類	リストから選択してください。
肝硬変の Child-Pugh 分類	リストから選択してください。
急性膵炎の重症度分類	数値入力してください。 〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。
抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無	リストから選択してください。 ※2020 年度より入力不要項目
熱傷の全身に占めるパーセンテージ	熱傷のⅡ度、Ⅲ度をそれぞれ入力します。
入院時 G A F 尺度	リストから選択してください。
精神保健福祉法における入院形態	リストから選択してください。
精神保健福祉法に基づく隔離日数	数値入力してください。
精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	数値入力してください。
SOFA スコア/特定集中治療室	<div> <small>SOFAスコア / 特定集中治療室</small> <div> 1回目 <input type="text"/> 2回目 <input type="text"/> </div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。</p>
SOFA スコア/敗血症	<div> <small>SOFAスコア / 敗血症</small> <div> 1回目 <input type="text"/> 2回目 <input type="text"/> </div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。</p>
pSOFA スコア/特定集中治療室	<div> <small>pSOFAスコア / 特定集中治療室</small> <div> 1回目 <input type="text"/> 2回目 <input type="text"/> </div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。</p>
pSOFA スコア/敗血症	<div> <small>pSOFAスコア / 敗血症</small> <div> 1回目 <input type="text"/> 2回目 <input type="text"/> </div> </div> <p>サムネイル表示エリア（初期はグレー表示）をクリックし値を入力します。</p>

項目	説明
要介護度	リストから選択してください。
栄養情報（要介護情報）	<div> <div>栄養情報 (要介護情報)</div> <div>設定</div> </div> <p>設定ボタンをクリックし、「栄養情報（要介護情報）入力画面」から対象年度の栄養情報・要介護情報を入力します。 ※2023 年度以前は「要介護情報」と表記 ※2024 年度新規項目の入院後 48 時間以内の栄養アセスメントの実施については、年齢が 65 歳以上の患者の場合、親様式 1 に入力</p>
その他の重症度分類・名称	数値、記号等入力してください。
その他の重症度分類・分類番号または記号	数値、記号等入力してください。
救急受診時意識障害がある場合の JCS	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
治療室又は病棟入室時意識障害がある場合の JCS	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
救急受診時の PF 比	数値入力してください。
救急受診時の酸素投与の有無	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
救急受診時の FiO2	数値入力してください。 ※2024 年度新規項目
救急受診時の呼吸補助	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
治療室又は病棟入室時の PF 比	数値入力してください。
治療室又は病棟入室時の酸素投与の有無	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
治療室又は病棟入室時の FiO2	数値入力してください。 ※2024 年度新規項目
治療室又は病棟入室時の呼吸補助	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
救急受診時の NYHA 心機能分類	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
治療室又は病棟入室時の NYHA 心機能分類	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
急性心筋梗塞の発症時期	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。
心不全入院時左室駆出率	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。 ※2024 年度より入力不要項目
解離性大動脈瘤 Stanford 分類	リストから選択してください。 ※2021 年度以前は選択できません。

項目	説明
持参薬の使用の有無	リストから選択してください。 ※2016 年度より入力不要項目
転倒・転落回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目、親様式 1 に入力。
インシデント影響度分類 レベル 3b 以上の転倒・転落	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目、親様式 1 に入力。
身体的拘束日数	数値入力してください。 ※2024 年度新規項目、親様式 1 に入力。
救急受診時の収縮期血圧	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
救急受診時の循環作動薬 の使用	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
治療室又は病棟入室時の 収縮期血圧	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
治療室又は病棟入室時の 循環作動薬の使用	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
解離性大動脈瘤の発症時期	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
入院時 BNP・NT-proBNP	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
ガンマグロブリンの追加 治療の有無	リストから選択してください。 ※2023 年度以前は選択できません。 ※2024 年度新規項目
入棟後に初めて行われた、 当該患者の退院に向けた 会議の実施日	日付を入力してください。 ※2024 年度新規項目
当該患者の退院に向けた 会議の開催回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目
当該患者の退院に向けた 会議への参加職種	14 桁の数値または不明値で入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目
薬剤師による服薬指導の 実施回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目
作業療法士による個別作 業療法の実施回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目
精神保健福祉士による個 別相談支援の実施回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目

項目	説明
公認心理師による個別心理支援の実施回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目
入院中に患者が患家等を訪問した回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目
患者の患家等への訪問に同行した職種	9 桁の数値または不明値で入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目
入院中に患者が外泊を行った回数	数値を入力してください。 ※2024 年度新規項目
障害福祉サービス等事業所（介護給付）との面談回数	9 桁の数値または不明値で入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目
退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（介護給付）	9 桁の数値で入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目
障害福祉サービス等事業所（訓練等給付）との面談回数	9 桁の数値または不明値で入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目
退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（訓練等給付）	9 桁の数値で入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目
障害福祉サービス等事業所（相談支援）との面談回数	3 桁の数値または不明値で入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目
退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等（相談支援）	3 桁の数値を入力してください。〔設定〕ボタンより簡易入力も可能です。 ※2024 年度新規項目

■褥瘡(療養病棟)



をクリックして褥瘡を入力します。

※2023 年度以前は「褥瘡」と表記

画面

入棟時・退棟時の褥瘡の有無

入棟時・退棟時の褥瘡の有無									
連番	入棟日	退棟日	入棟時の褥瘡の有無(DSIGN-R) (2020年度～)	退棟時の褥瘡の有無(DSIGN-R) (2020年度～)	入棟時の褥瘡の有無 (2019年度以前)	退棟時の褥瘡の有無 (2019年度以前)	入替	削除	
1		検索	検索	検索	▼	▼	↑	削除	
2		検索	検索	検索	▼	▼	↑	削除	
3		検索	検索	検索	▼	▼	↑	削除	

設定 戻る

内容説明

項目	説明
入棟日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
退棟日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
入棟時の褥瘡の有無 (DESIGN-R) (2020 年度～)	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。 ※2020 年度より追加された項目 2020 年度以降はこの項目を入力してください。
退棟時の褥瘡の有無 (DESIGN-R) (2020 年度～)	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。 ※2020 年度より追加された項目 2020 年度以降はこの項目を入力してください。
入棟時の褥瘡の有無 (2019 年度以前)	リストから選択してください。 2019 年度以前はこの項目を入力してください。
退棟時の褥瘡の有無 (2019 年度以前)	リストから選択してください。 2019 年度以前はこの項目を入力してください。

〔↑〕ボタン

表示された褥瘡の並び替えが可能です。該当列の内容を一つ上に移動させます。

〔削除〕ボタン

該当列の内容を削除します。

■褥瘡



をクリックして褥瘡を入力します。

※親様式 1 に入力する。

画面

褥瘡入力

入院時の褥瘡の有無 (DESIGN-R)	退院時の褥瘡の有無 (DESIGN-R)	入院中の褥瘡の最大深度等 (DESIGN-R)	入院中の褥瘡の 最大深度等の日付	削除
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="削除"/>
<input type="button" value="検索"/>	<input type="button" value="検索"/>	<input type="button" value="検索"/>	<input type="button" value="検索"/>	<input type="button" value="削除"/>

内容説明

項目	説明
入院時の褥瘡の有無 (DESIGN-R)	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。
退院時の褥瘡の有無 (DESIGN-R)	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。
入院中の褥瘡の最大深度 等 (DESIGN-R)	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。
入院中の褥瘡の最大深度 の日付	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。

〔削除〕ボタン

該当列の内容を削除します。

■FIM／入退棟日

FIM入退棟日

をクリックして FIM を入力します。

※2023 年度以前は「FIM」と表記

画面

FIM

FIM												
連番	入棟日		退棟日		入棟時FIM得点		退棟時FIM得点		FIM入棟時体重	FIM退棟時体重	入替	削除
1		検索		検索		検索		検索			↑	削除
2		検索		検索		検索		検索			↑	削除
3		検索		検索		検索		検索			↑	削除

設定 戻る

内容説明

項目	説明
入棟日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
退棟日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
入棟時 FIM 得点	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。
退棟時 FIM 得点	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。
FIM 入棟時体重	数値入力してください。
FIM 退棟時体重	数値入力してください。

〔↑〕ボタン

表示された FIM の並び替えが可能です。該当列の内容を一つ上に移動させます。

〔削除〕ボタン

該当列の内容を削除します。

■FIM／入棟中

FIM入棟中

をクリックして FIM を入力します。

画面

FIM入棟中					
連番	入棟中測定日	入棟中のFIM得点	入替	削除	
1		検索	検索	↑	削除
2		検索	検索	↑	削除
3		検索	検索	↑	削除
4		検索	検索	↑	削除
5		検索	検索	↑	削除
6		検索	検索	↑	削除
7		検索	検索	↑	削除
8		検索	検索	↑	削除
9		検索	検索	↑	削除
10		検索	検索	↑	削除
11		検索	検索	↑	削除
12		検索	検索	↑	削除

内容説明

項目	説明
入棟中測定日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
入棟中の FIM 得点	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。

〔↑〕ボタン

表示された FIM の並び替えが可能です。該当列の内容を一つ上に移動させます。


〔削除〕ボタン

該当列の内容を削除します。

【注意】

連番の途中に「入棟中測定日、入棟中のFIM得点」の入力を行い、それより前の連番の「入棟中測定日、入棟中のFIM得点」がともに未入力(空白行)としていた場合、
〔設定〕ボタン押下時、空白行は削除され、上に詰めた状態で設定されます。
連番の途中から測定日が存在して入力をするときは、それより前の連番は未入力(空白行)とはせず、測定日が存在しない場合の「99999999」を入力するようにしてください。

■SOFA スコア/特定集中治療室

1回目  をクリックして SOFA スコアを入力します。

画面

SOFAスコア / 特定集中治療室 (1回目)

SOFAスコア / 特定集中治療室(1回目)

	測定日	SOFAスコア	入替	削除
入室日当日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="↑"/>	<input type="button" value="削除"/>
入室日翌日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="↑"/>	<input type="button" value="削除"/>
退室日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="↑"/>	<input type="button" value="削除"/>

内容説明

項目	説明
測定日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
SOFA スコア	数値入力してください。[検索] ボタンより簡易入力も可能です。

[↑]ボタン

表示された FIM の並び替えが可能です。該当列の内容を一つ上に移動させます。

[削除]ボタン

該当列の内容を削除します。

■SOFA スコア/敗血症、pSOFA スコア/特定集中治療室、pSOFA スコア/敗血症

SOFA スコア/特定集中治療室 と同様に入力してください。

■栄養情報(要介護情報)



をクリックして要介護情報入力画面を開きます。

※2023 年度以前は「要介護情報」と表記

画面

表示された画面から、対象年度の栄養情報・要介護情報を入力します。

[2024 年度～]

画面

内容説明

項目	説明
低栄養の有無（様式1開始日時点）	直接入力または〔検索〕ボタンより入力してください。
摂食・嚥下機能障害の有無（様式1開始日時点）	リストから選択してください。
低栄養の有無（様式1終了日時点）	直接入力または〔検索〕ボタンより入力してください。
摂食・嚥下機能障害の有無（様式1終了日時点）	リストから選択してください。
経管・経静脈栄養の状況（様式1開始日時点）	直接入力または〔検索〕ボタンより入力してください。
経管・経静脈栄養の状況（様式1終了日時点）	直接入力または〔検索〕ボタンより入力してください。
入院後48時間以内の栄養ケアアセスメントの実施	リストから選択してください。 ※年齢が65歳以上の患者の場合、親様式1に入力

〔削除〕ボタン

該当列の内容を削除します。

[2020 年度～2023 年度]

画面

要介護情報

要介護情報						
低栄養の有無(開始)	低栄養の有無(終了)	摂食・嚥下機能障害の有無(開始)	摂食・嚥下機能障害の有無(終了)	経管・経静脈栄養の状況(開始)	経管・経静脈栄養の状況(終了)	削除
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="検索"/>
						<input type="button" value="検索"/> <input type="button" value="削除"/>

内容説明

項目	説明
低栄養の有無(開始)	リストから選択してください。
低栄養の有無(終了)	リストから選択してください。
摂食・嚥下機能障害の有無(開始)	リストから選択してください。
摂食・嚥下機能障害の有無(終了)	リストから選択してください。
経管・経静脈栄養の状況(開始)	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。
経管・経静脈栄養の状況(終了)	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。

〔削除〕ボタン

該当列の内容を削除します。

[2018,2019 年度]

画面

要介護情報

要介護情報						
算定開始日	算定終了日	算定開始日 低栄養	算定終了日 低栄養	算定開始日 摂食嚥下機能障害	算定終了日 摂食嚥下機能障害	削除
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="削除"/>
						<input type="button" value="検索"/>

内容説明

項目	説明
算定開始日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
算定終了日	直接入力またはダブルクリックでカレンダー入力してください。
算定開始日 低栄養	リストから選択してください。
算定終了日 低栄養	リストから選択してください。
算定開始日 摂食嚥下機能障害	リストから選択してください。
算定終了日 摂食嚥下機能障害	リストから選択してください。

〔削除〕ボタン

該当列の内容を削除します。

■地域包括ケア ADL スコア

地域包括ケア
ADLスコア



をクリックして地域包括ケア ADL スコアを入力します。

画面

地域包括ケアのADLスコア

地域包括ケアのADLスコア

連番	入棟・入室時のADLスコア		退棟・退室時のADLスコア		入替	削除
1		検索		検索	↑	削除
2		検索		検索	↑	削除
3		検索		検索	↑	削除

設定戻る

内容説明

項目	説明
入棟・入室時の ADL スコア	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。
退棟・退室時の ADL スコア	直接入力または「検索」ボタンより入力してください。

6.5 様式 1 サマリ

(1) 様式 1 全項目

選択されているデータの入力内容を基に作成された様式1を閲覧することができます。「様式1サマリ」のタブを選択してください。

画面

基本入力

識別番号: 0000000001
医療 保険

様式1サマリ

基本情報1

基本情報2

病名手術

診療情報

様式1項目

再表示

施設コード	データ識別番号	入院年月日	回数管理番号	統計診療情報番号	生年月日	性別	郵便番号	入院経路	他院からの紹介の有無	自院の外からの入院	予定・救急医療入院	救急車による搬送の有無	入院前・在宅療養の有無	自傷行為・自殺企図の有無	退院年月日	退院先	退院時転帰	24時間以内の死亡の有無	退院後の在宅療養の有無
999999999	0000000001	20250401	0	0	19990813				0	0		0			20250412	0	0		
999999999	0000000001	20250401	0	1	19990813				0	0		0			20250412	0	0		

一覧データ

☒ 同一入院日
 ☐ 全件

再表示

区分	病種	入院日	退院日	診療科	科開始	科終了	傷病種別1	傷病ICD10	傷病名1	傷病種別2	傷病ICD10	傷病名2
入	一	20250401	20250412				主傷病			入院契機		
種	一	20250401	20250412				主傷病			入院契機		
科	一	20250401	20250412		20250401	20250412	主傷病			入院契機		

F5 更新

F6 モニタリスト

F7 左切替

F8 右切替

F9 検索

F10 戻る

データ更新完了

表示条件の内容をリストから選択し、〔再表示〕ボタンで表示させることができます。

(2) 一覧データ

診療科データ単位(病名)、病棟データ単位(子様式1)、入退院単位(親様式1)を選択し、〔再表示〕ボタンで絞り込みが可能です。また、〔○同一入院日〕を選択すると今回の入院データのみ表示します。全件を選択するとこのデータ識別番号の入院データがすべて表示されます。

画面

基本入力

識別番号: 0000000001
医療 保険

統: 1

入院日: 2025/04/01 退院日: 2025/04/12 様式1開始日: 2025/04/01 様式1終了日: 2025/04/12

様式1サマリ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

様式1項目

再表示

施設コード	データ識別番号	入院年月日	回診番号	統計診療情報番号	生年月日	性別	郵便番号	入院経路	他院からの紹介の有無	自院の外からの入院	予定・救急医療入院	救急車による搬送の有無	入院前の在宅医療の有無	自傷行為・自殺の自覚の有無	退院年月日	退院先	退院時転帰	24時間以内の死亡の有無	退院後の在宅医療の有無
999999999	0000000001	20250401	0	0	19990813			0	0		0				20250412	0	0		
999999999	0000000001	20250401	0	1	19990813			0	0		0				20250412	0	0		

一覧データ

☒ 同一入院日
 ☐ 全件

再表示

区分	病棟	入院日	退院日	診療科	科開始	科終了	傷病種別1	傷病1ICD10	傷病名1	傷病種別2	傷病2ICD10	傷病名2
入	—	20250401	20250412				主傷病			入院契機		
療	—	20250401	20250412				主傷病			入院契機		
科	—	20250401	20250412		20250401	20250412	主傷病			入院契機		

F5 更新

F6 モニタリスト

F7 左切替

F8 右切替

F9 検索

F10 戻る

データ更新完了

6.6 編集中のデータ参照

現在編集中のデータは以下の表示で確認することができます。

統括診療情報番号

入院年月日, 退院年月日

データ識別番号
識別名称

Basic Input
識別番号: 0000000001
医療 保険

様式1: 1 入院日: 2025/04/01 退院日: 2025/04/12 様式1開始日: 2025/04/01 様式1終了日: 2025/04/12

患者情報

データ識別番号

削除

識別名

性別 ☐ 男 ☐ 女 生年月日 年 月 日

郵便番号
 -

入退院情報
統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日

退院日

同日入院

回数管理番号

再入院登録

病棟

病棟タイプ

転棟

入棟日

退棟日

様式1開始日

様式1終了日

診療科

転科の有無 ☐ 有り

診療科歴

診療情報番号

症例情報番号

7 転棟データの作成方法

入力画面の「基本情報1」のタブの〔転棟〕ボタンにて、転棟データを作成することが可能です。表示された表の上で右クリックすると、編集用メニューが表示されます。詳細は入力例の章を参照してください。

〔転棟〕ボタンを押します。

The screenshot displays the 'Basic Input' (基本入力) window of the 'Form 1 Input Support Software' (様式1入力支援ソフト). The window title is '様式1入力支援ソフト' and the tab is '基本入力'. The patient ID (識別番号) is 0000000003. The patient information section includes fields for name, gender, birth date, and postal code. The admission/discharge information section includes fields for admission date, discharge date, and hospital management number. The medical condition section shows a list of conditions with a '転棟' (Transfer) button highlighted by a red circle. The bottom of the window features function keys: F5 更新, F6 モニタ, F7 左の切替, F8 右の切替, F9 検索, and F10 戻る.

子様式1データ選択して、右クリックでメニューを表示させます。



メニュー	サブメニュー	内容
登録		転棟データを追加します。
	転棟先病棟	リストから選択してください。
	転棟先診療科	リストから選択してください。
	転棟年月日	直接入力または「検索」ボタンでカレンダー入力してください。
	退院年月日	直接入力または「検索」ボタンでカレンダー入力してください。
		入力後、「登録」ボタンで病棟データの追加できます。
修正	病棟修正	修正する病棟をリストから選択してください。
	転棟年月日修正(元)	直接入力または「検索」ボタンでカレンダー入力してください。
	転棟年月日修正(先)	直接入力または「検索」ボタンでカレンダー入力してください。
	入院年月日修正	直接入力または「検索」ボタンでカレンダー入力してください。
	退院年月日修正	直接入力または「検索」ボタンでカレンダー入力してください。
削除		このデータを削除します。削除したデータは元に戻せません。「はい」ボタンで削除します。

「登録」画面

様式1入力支援ソフト

***** 登録 *****

転棟先病棟 2:精神病棟

転棟先診療科 020:心療内科

転棟年月日 2025/04/10 検索

退院年月日 2025/04/30 検索 登録 キャンセル

※退院日は決まっていなければ空欄で構いませんが、退院日が決まった場合、「修正」→「退院日修正」の順で退院日の登録をします。

「修正」→「退院日修正」画面

様式1入力支援ソフト

***** 修正 *****

病棟

転棟年月日(先) 検索 入院年月日 検索

転棟年月日(元) 検索 退院年月日 検索

修正 キャンセル

8 一連となる 7 日以内の再入院データの作成方法

8.1 7 日以内再入院データの作成

入力画面の「基本情報1」のタブの[再入院登録]ボタンにて、一連となる 7 日以内の再入院データ（統括診療情報番号AまたはB）を作成することが可能です。1 回目の入院、2 回目の入院を左クリックで選択し、その上でさらに右クリックすると「作成」のサブメニューが表示されます。「作成」で一連となる 7 日以内の再入院データを作成します。（詳細は入力例の章を参照してください。）

手順

1

診療情報データ検索画面より子の[編集]ボタンをクリックします。

様式1入力支援ソフト

診療情報データ検索

検索

様式1作成年月 年 月 様式1作成月 識別番号 0000000003 名称 診療科選択

年 月 日 ~ 年 月 日 退院日未設定 のみ 含む 選択なし 病種選択

年 月 日 ~ 年 月 日 転科 一連期間の再入院 転種

入力終了情報 レコード区分 検索実行 検索条件クリア

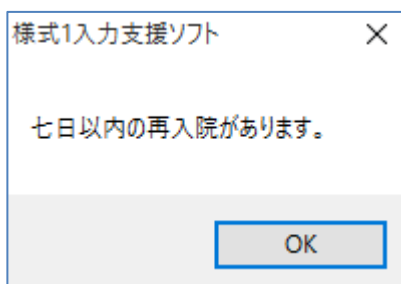
編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病種	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	一	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	一	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	一	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	一	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	

F7 ファイル出力 (調査票) F8 ファイル出力 (項目) F9 新規 F10 戻る 検索 件完了

56

PRRISM 株式会社健康保険医療情報総合研究所
Copyright © 2025 PRRISM. All Rights Reserved.

- 2 7日以内再入院データがある場合、以下のメッセージが出力されます。



「OK」ボタンをクリックし「基本入力」画面を表示させます。

- 3 基本情報 1 のタブの[再入院登録]ボタンをクリックします。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input 識別番号: 0000000003

統: 1 入院日: 2025/04/17 退院日: 2025/04/20 様式1開始日: 2025/04/17 様式1終了日: 2025/04/20

様式1管理 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

患者情報

データ識別番号 0000000003 削除

識別名 性別 ○ 男 ○ 女 生年月日 1970/S45 年 01 月 01 日

郵便番号 -

入退院情報

統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日 2025/04/17 退院日 2025/04/20 同日入院 0 回数管理番号 0 再入院登録

病棟 1: 一般病棟 病棟タイプ 一般病棟 転棟

入棟日 2025/04/17 退棟日 2025/04/20 様式1開始日 2025/04/17 様式1終了日 2025/04/20

診療科 010 内科 転科の有無 ○ 有り 診療科歴

診療情報番号 0 症例情報番号 1

F5 更新 F6 モニタ F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了

- 4 一連の入院となる子レコードを選択(複数行)し、マウスの右クリックから「作成」を選択します。

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	医療資源	医療資源病名	医療資源 MDC	医療資源 DPC6
	1	一般	20250401	20250410	20250401	20250410				
	1	一般	20250417	20250420	20250417	20250420				
様式1-①	0	一般	20250401	20250410	20250401	20250410	作成			
様式1-②	0	一般	20250417	20250420	20250417	20250420				

戻る

- 5 正常に1連の入院として「A」レコードが生成されると以下のメッセージが出力されます。

様式1入力支援ソフト

更新処理が正常に終了しました。

OK

「OK」ボタンをクリックし「再入院確認」画面に戻ります。

- 6 「統括診療番号」が「A」のレコードが作成されていることを確認します。

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	医療資源	医療資源病名	医療資源 MDC	医療資源 DPC6
	1	一般	20250401	20250410	20250401	20250410				
	1	一般	20250417	20250420	20250417	20250420				
様式1-①	0	一般	20250401	20250410	20250401	20250410				
様式1-②	0	一般	20250417	20250420	20250417	20250420				
様式1-③	A	一般	20250401	20250420	20250401	20250420				

戻る

7 「診療情報データ検索」画面で「A」レコードが作成されていることを確認

様式1入力支援ソフト

診療情報データ検索 Data Search

検索

様式1作成年月 年 月 様式1作成月 識別番号 0000000003 名称 診療科選択

年 月 日 ~ 年 月 日 退院日未設定 のみ 含む 選択なし 病種選択

年 月 日 ~ 年 月 日 転科 一連期間の再入院

入力終了情報 レコード区分 転種

検索実行 検索条件クリア

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病種	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	—	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	—	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	010
編集	再A	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/20	—	2025/04/01	2025/04/20	2025/02/08	未完	.010

F7 ファイル出力 (調査票) F8 ファイル出力 (項目) F9 新規 F10 戻る 検索 5 件完了

8.2 7 日以内再入院データの削除

また、一連となる 7 日以内の再入院データ(統括診療情報番号AまたはB)を左クリックで選択し、右クリックで「削除」を選択すると、一連となる 7 日以内の再入院データを削除することができます。一連となる 7 日以内の再入院データの削除はこの画面から削除してください。

一連となる 7 日以内の再入院データの削除方法

手順

1

診療情報データ検索画面より子の[編集]ボタンをクリックします。

様式1入力支援ソフト

診療情報データ検索

検索

様式1作成年月

年

月

様式1作成月

識別番号 0000000003

名称

診療科選択

年

月

日

～

年

月

日

退院日未設定

のみ

含む

選択なし

病種選択

年

月

日

～

年

月

日

転科

一連期間の再入院

入力終了情報

レコード区分

転種

検索実行

検索条件クリア

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病種	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	—	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	—	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	010
編集	再A	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/20	—	2025/04/01	2025/04/20	2025/02/08	未完	010

F7 ファイル出力(調査票)

F8 ファイル出力(項目)

F9 新規

F10 戻る

検索完了

5

- 2 基本情報 1 のタブの[再入院登録]ボタンをクリックします。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号: 0000000003

統: 1 入院日: 2025/04/17 退院日: 2025/04/20 様式1開始日: 2025/04/17 様式1終了日: 2025/04/20

様式1サマリ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

患者情報

データ識別番号 0000000003 削除

識別名 性別 ○男 ○女 生年月日 1970/S45 年 01 月 01 日

郵便番号 -

入退院情報

統計診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日 2025/04/17 退院日 2025/04/20 同日入院 0 回数管理番号 0 再入院登録

病棟 1: 一般病棟 病棟タイプ 一般病棟 転棟

入棟日 2025/04/17 退棟日 2025/04/20 様式1開始日 2025/04/17 様式1終了日 2025/04/20

診療科 010 内科 転科の有無 □有り 診療科歴

診療情報番号 0 症例情報番号 1

F5 更新 F6 モニタリ F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る

- 3 Aのレコードを選択し、右クリックから[削除]をクリックしてください。

様式1入力支援ソフト

再入院確認 Rehospitalization Confirmation

	統計診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	医療資源	医療資源病名	医療資源 MDC	医療資源 DPC6
	1	一般	20250401	20250410	20250401	20250410				
	1	一般	20250417	20250420	20250417	20250420				
様式1-①	0	一般	20250401	20250410	20250401	20250410				
様式1-②	0	一般	20250417	20250420	20250417	20250420				
様式1-③	A	一般	20250401	20250420	20250401	20250420				

戻る

- 4 診療情報データ検索画面から[検索実行]をクリックして、Aのレコードが削除されていることを確認します。

様式1入力支援ソフト

診療情報データ検索 Data Search

検索

様式1作成年月 年 月 様式1作成月 識別番号 0000000003 名称 診療科選択

年 月 日 ~ 年 月 日 退院日未設定 ☐ のみ ☐ 含む ☒ 選択なし 病棟選択

年 月 日 ~ 年 月 日 転科 一連期間の再入院

入力終了情報 レコード区分 転種

検索実行 検索条件クリア

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病棟	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	一	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	一	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	一	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	一	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	010

F7 ファイル出力 (調査票) F8 ファイル出力 (項目) F9 新規 F10 戻る 検索完了

9 外部データ取込

ホーム画面から[外部データ取込]を押します。取り込む診療科を選択します。全ての診療科を取り込む場合は[全て選択]ボタンを押してください。[実行]ボタンで取り込むデータを選択します。

外部データは「外部データ取込システムインターフェイス番号」の章を参照してください。外部データはテキスト形式のタブ区切りで作成する必要があります。

10 モニタリスト出力

ホーム画面から[モニタリスト出力]ボタンを押し、モニタリストを出力する条件を入力します。[実行]ボタンで連絡票のイメージが表示されます(プレビュー表示「する」とした場合)ので、[印刷]ボタンで印刷してください。

入力された全項目を紙に印刷する場合にご利用ください。

11 様式 1 出力

様式 1 出力については、必ず以下の手順で実行してください。

ホーム画面から[診療情報一覧]ボタンを押します。様式 1 作成年月を入力します。例えば 4 月分の様式 1 を出力する場合は、様式 1 作成年月に「2025」年「4」月と入力します。[様式 1 作成月]ボタンを押せば対象となる様式 1 の一覧が表示されます。この後に[ファイル出力(調査票)]ボタンを押し、様式 1 の保存先を決定してください。ファイル名の末尾は年月(Yymm)が分かるように保存してください。(例 2025 年 4 月の様式 1: FF1_001_2504.txt)

★例) 4 月分の様式 1 を出力する場合

① 年月入力

様式1作成年月 2025(R7) 年 4 月 様式1作成月

② [様式1作成月]ボタンを押す

③ [ファイル出力(調査票)]ボタンを押す

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病種	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	未完	
編集	子	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	—	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	
編集	親	0000000003			1970(S45)/01/01	2025/04/17	2025/04/20	—	2025/04/17	2025/04/20	2025/02/08	未完	010

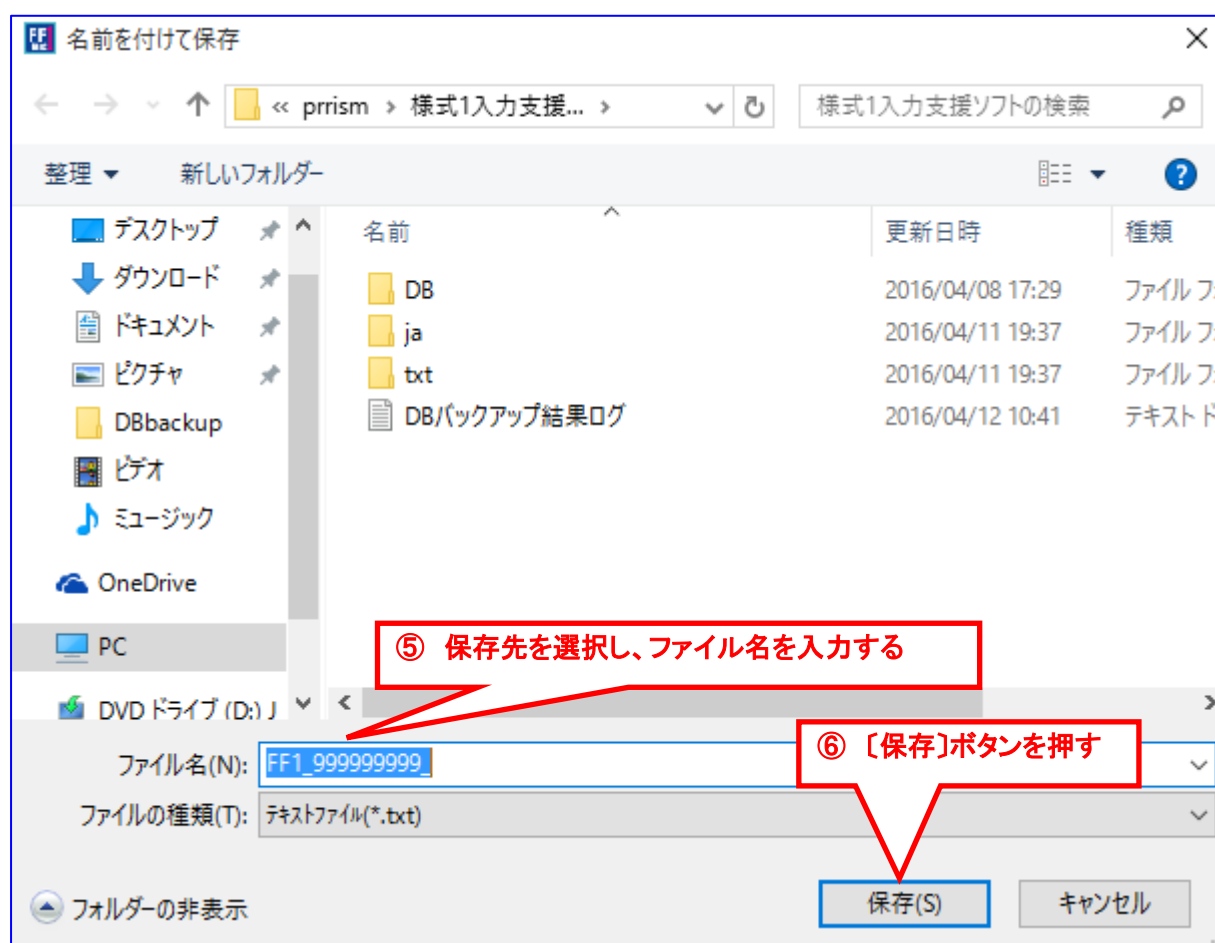
F7 ファイル出力 (調査票) F8 ファイル出力 (項目) F9 新規 F10 戻る 様式1作成年月 4件完了

様式1入力支援ソフト

コモンダイアログボックス上にファイル名の一部が表示されますので年月(YYMM形式)を補ってください。

④ [OK]ボタンを押す

OK



12 様式 1 ファイル出力（外部ファイル保存）

入力したデータを外部ファイルに保存します。

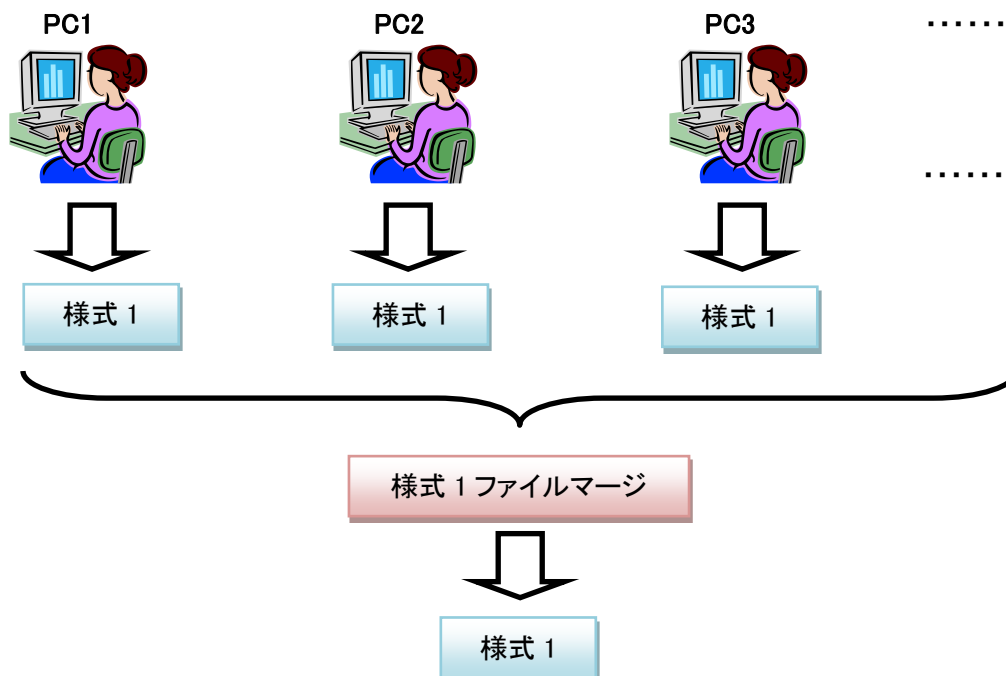
ホーム画面から[診療情報一覧]ボタンを押します。バックアップするデータの条件を入力します。[検索実行]ボタンで出力するバックアップデータを確認してください。[ファイル出力(項目)]ボタンを押し、[全て選択]ボタンを押します。[全項目出力]ボタンでデータの保存先、保存するファイル名を入力して、データを保存してください。

13 様式 1 外部ファイルのリストア（復元）

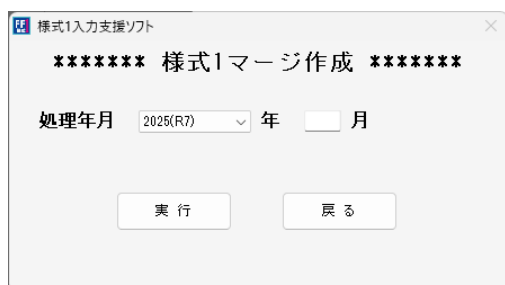
外部データ取込の章を参照してください。

14 様式 1 ファイルマージ

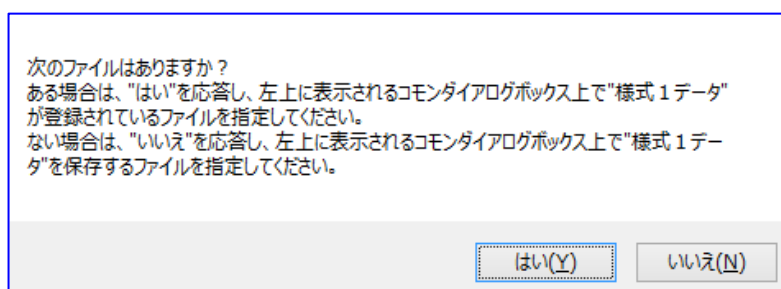
複数台の PC で出力した様式1を 1 つのファイルにまとめます。



- ① ホーム画面から[様式 1 ファイルマージ]ボタンを押します。



- ② 処理年月を入力し[実行]を押します。
- ③ マージするファイルを選択し[開く]ボタンを押します。
- ④ 次のファイルがあれば[はい]、無ければ[いいえ]ボタンを押します。



[はい]の場合は選択し③～④を繰り返します。

[いいえ]の場合、1 つにまとめた様式 1 の保存先を選択し、[保存]を押します。

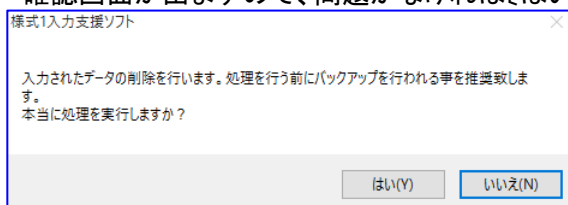
15 データ削除

退院年月、入院年月、データ識別番号を指定して一括でデータを削除します。

- ① ホーム画面から[データ削除]ボタンを押します。



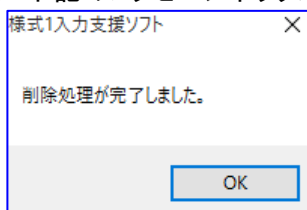
- ② 削除条件を入力し、[削除]ボタンを押します。
③ 確認画面が出ますので、問題がなければ[はい]、修正する場合は[いいえ]ボタンを押します。



[はい]の場合は、削除処理を開始します。

[いいえ]の場合は、再度条件入力画面に切り替わります。

- ④ 下記のメッセージボックスが出れば、削除処理終了となります。



16 DB バックアップ

プログラムメニューにあるツールを利用してバックアップまたはリストアの実行、定期的なバックアップの設定を行う事ができます。

万が一の事態が起こり、PC 内の DB データが破損してしまった場合、それまでの入力データを復元することができない可能性があるため、バックアップは小まめに実施することを推奨します。

16.1 起動

下記の実行例からインストール先フォルダ内の「DB バックアップ」を実行します。

実行例①: C:\Program Files(x86)\PRRISM\様式 1 入力支援ソフト(※1)

上記フォルダ内の「DB バックアップ.exe」

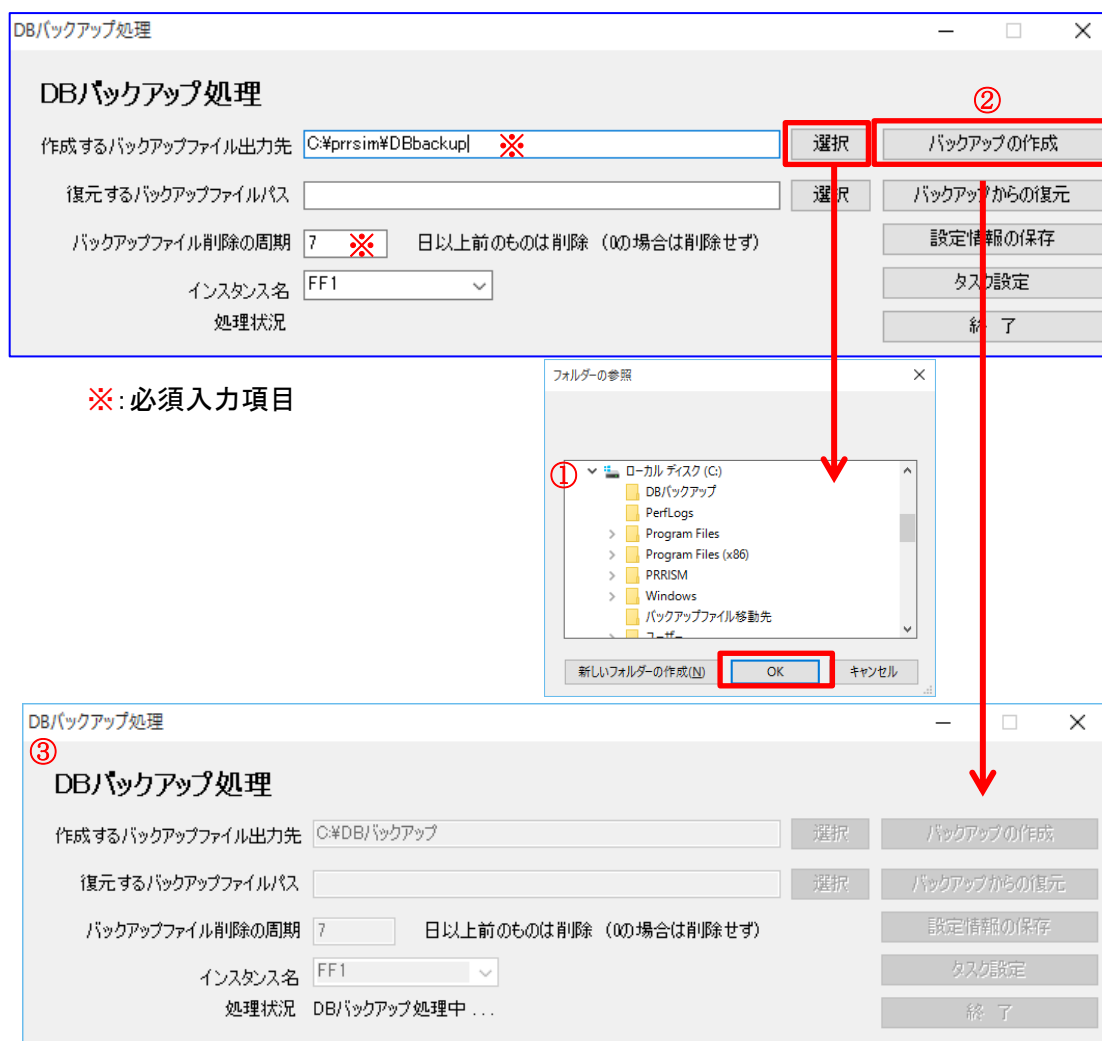
実行例②: Windows スタートボタン→様式1入力支援ソフト→DB バックアップ

(※1) 記載しているフォルダパスは様式 1 入力支援ソフトのインストール先によって異なります。(上記の例はインストール先を既定の設定とした場合のパスとなります。)

※バックアップにおいて、設定した内容は[設定情報の保存]をクリックすることで保存されます。また、定期バックアップを実施するにはここで事前に設定情報を入れておく必要があります。

16.2 DB バックアップ実行

入力された設定情報から DB のバックアップを行います。



※: 必須入力項目

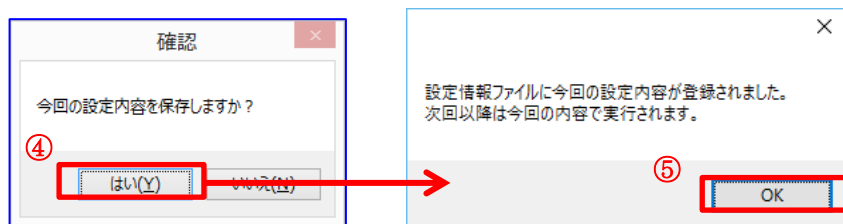
- ① 「選択」ボタンを押下して、バックアップ先のフォルダを指定してください。

【注意】 バックアップ前に確認

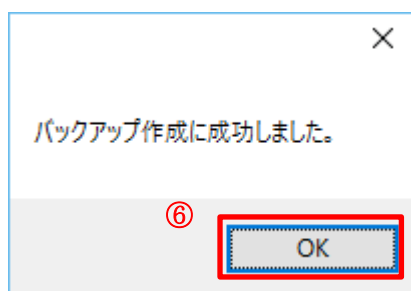
- ・バックアップ先のフォルダは、現在 PC にログインしているユーザーに対して、書き込み権限があるかどうか。
- ・ツール起動フォルダ及びバックアップファイル出力先フォルダのドライブに十分な空き容量が存在するかどうか。

- ② 設定が完了したら、「バックアップの作成」ボタンを押下してください。

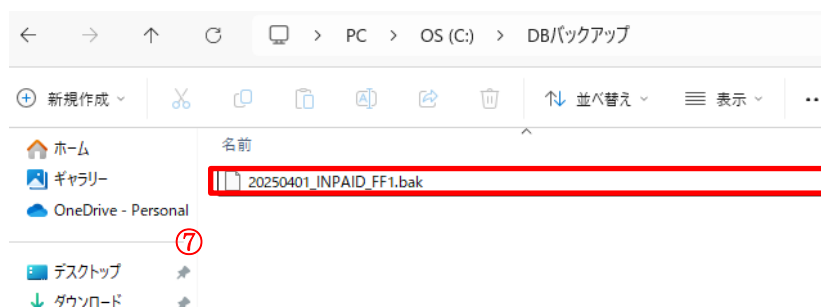
- ③ 処理が開始されますので、待機します。



- ④ 設定情報を保存する場合には確認メッセージで「はい」を押下してください。
※「いいえ」を押下すると、設定情報の保存は行いません。
- ⑤ 設定保存完了のメッセージが表示されたら「OK」を押下してください。



- ⑥ バックアップ成功メッセージが表示されたら、「OK」を押下してください。



- ⑦ バックアップの出力先フォルダを開き、バックアップファイル「実行した日付_INPAID_FF1.bak」が作成されていることを確認してください。

実行ログは、ツール起動フォルダ内の「DB バックアップ結果ログ.txt」に保存されます。

16.3 DB リストア実行（復元）

入力された設定情報から DB のリストアを行います。

- ① 「復元するバックアップファイルパス」の[選択]ボタンから、復元対象のバックアップファイルを選択してください。

※: 必須入力項目

- ② インスタンス名は「FF1」を選択します。
- ③ 「バックアップからの復元」ボタンを押下します。
- ④ 確認メッセージで「はい」ボタンを押下します。
※「いいえ」を押下すると、リストアを行いません。

- ⑤ 復元成功のメッセージが出ますとリストア完了となります。
[OK]ボタンを押下してください。

16.4 タスク設定

定期的にバックアップを行うようにスケジュールの設定を行います。

※: 必須入力項目

(1) 設定情報の保存

定期的なバックアップを実行する場合は、事前にバックアップ先や DB 接続情報の設定を行う必要があります。

① 設定情報の入力

以下の項目は必須入力となります。

- ・作成するバックアップファイル出力先
- ・バックアップファイル削除の周期
- ・インスタンス名「FF1」

② 「設定情報の保存」ボタンを押下

以下のメッセージが表示されると設定情報が保存されます。

(2) タスク設定

下記内容に従って設定を実施してください。

DBバックアップ処理

作成するバックアップファイル出力先 選択 バックアップの作成

復元するバックアップファイルパス 選択 バックアップからの復元

バックアップファイル削除の周期 日以上前のものは削除 (0の場合は削除せず)

インスタンス名 設定情報の保存

処理状況 **タスク設定** 終了

タスク管理

② 実行周期 日ごとに実行

開始時刻

実行ユーザーに求める条件

- ① ご使用のコンピュータに対して管理者の権限、または「バッチジョブとしてログオン」が有効なユーザー
- ② パスワードが設定済み
- ③ バックアップファイル出力先に対してファイル書き込み権限が設定済み

実行ユーザー (マシン名¥ユーザー名 または ドメイン名¥ユーザー名)

パスワード

注意 : ・タスクを設定された場合、タスクスケジューラからタスクが正常に実行されたか必ず確認してください。
VISTA以降の場合: コントロールパネル>管理ツール>タスクスケジューラ
XPの場合: コントロールパネル>タスク

・タスク設定後に実行ユーザーのパスワードを変更された場合は、再度のタスク設定が必要です。

③ **設定** 解除 戻る

① 「タスク設定」ボタンを押下
タスク管理画面が表示されます。

② スケジュール情報を入力
以下の項目は必須入力となります。

- ・実行周期(1 日～365 日)
- ・開始時刻(00:00:00～23:59:59)
- ・実行ユーザー
- ・パスワード

③ 「設定」ボタンを押下
入力されたスケジュール情報からタスクを設定します。

【注意】

他のユーザーによりタスクが設定されている場合には設定を行う事ができません。その場合には、タスクを設定しているユーザーでログイン後に再度設定作業を行ってください。

タスク設定後に実行ユーザーのパスワードを変更された場合は、再度のタスク設定が必要です。

④ 設定完了

(3) タスク解除

下記内容に従って、解除を実施してください。

The image shows two screenshots of a software interface. The first screenshot is titled 'DBバックアップ処理' (DB Backup Processing) and contains fields for backup file output path, restoration path, deletion cycle, and instance name. A button labeled 'タスク設定' (Task Setting) is highlighted with a red box and a circled 1. The second screenshot is titled 'タスク管理' (Task Management) and shows settings for task execution frequency, start time, and user credentials. A button labeled '解除' (Cancel) is highlighted with a red box and a circled 2.

① 「タスク設定」ボタンを押下
タスク管理画面が表示されます。

② 「解除」ボタンを押下
設定済みのタスクを解除します。

【注意】

他のユーザーによりタスクが設定されている場合には解除を行う事ができません。その場合には、タスクを設定しているユーザーでログイン後に再度解除作業を行ってください。

③ 解除完了

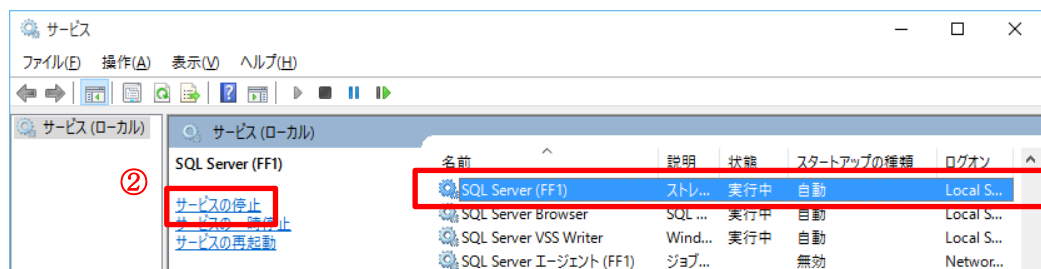
17 データ移行

移行元端末から新規端末へデータを移行する際には以下の内容を参考に対応してください。

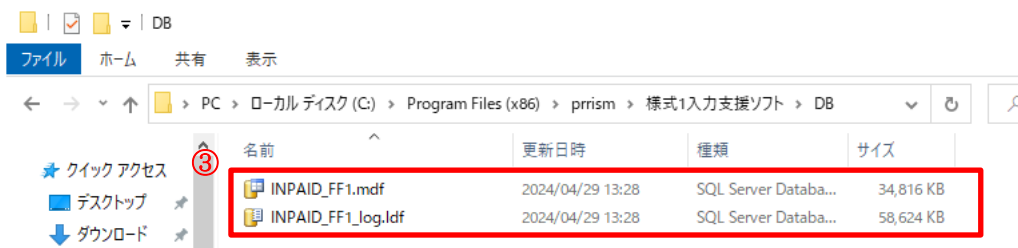
【注意】

- ① 必ずコンピュータの管理者権限を持つユーザーで作業を行ってください。
- ② 移行作業には、十分な作業時間を確保したうえで、行ってください。
なお、移行時間については、登録データ量やコンピュータのスペックによって異なります。
- ③ 他のシステムやアプリケーションは、作業が完了するまで起動しないでください。起動している場合は、すべて終了させてから作業を開始してください。
- ④ 新規端末で移行したデータの内容を確認できるまでは、移行元端末のデータ削除は行わないでください。

- ① 新規端末にインストールマニュアルにそって、SQL Server と様式 1 入力支援ソフトをインストールください。



- ② 移行元端末の「コントロールパネル→管理ツール→サービス」を起動し、SQL Server(FF1)のサービスを停止させてください。



- ③ 移行元端末の様式 1 入力支援ソフトのインストール先フォルダにある、DB フォルダ内のデータをすべて別フォルダなどにコピーをしてバックアップをとってください。

※誤って DB の削除等はしないように、十分ご注意ください。

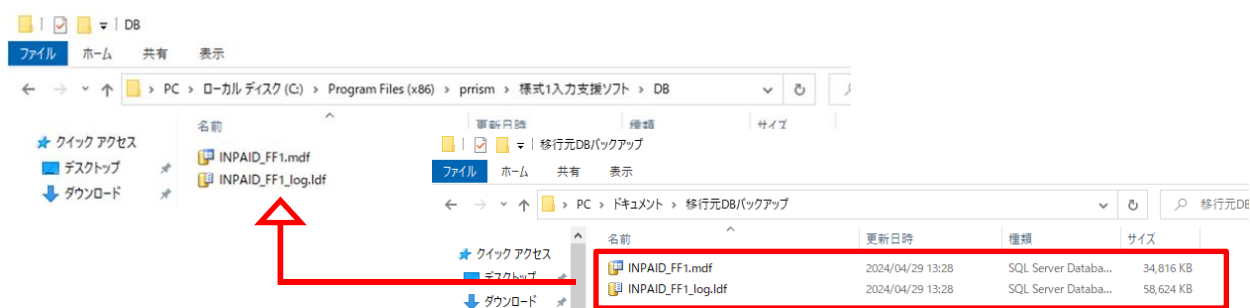
<インストール先フォルダ>

既定インストール先の設定:「C:¥Program Files (x86)¥PRRISM¥様式 1 入力支援ソフト」

※32bitPC の場合は、Program Files (x86)→Program Files

※デスクトップの様式 1 入力支援ソフトのショートカットを選択し、右クリックし、

表示されたメニューより、「ファイルの場所を開く」をクリックするとフォルダが開きます。

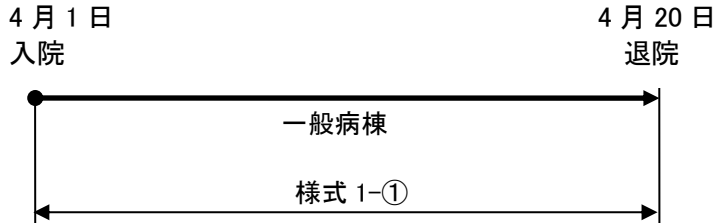


- ④ 移行元端末からコピーした DB フォルダ内のデータを、新規端末の様式 1 入力支援ソフトのインストール先フォルダの DB フォルダ内へ上書き保存してください。
- ⑤ 新規端末において、インストールした様式1入力支援ソフトを起動し、移行元端末で入力していたデータが閲覧できるかご確認ください。
※起動しない場合は、②の画面から SQL Server(FF1)の項目をご確認いただき、「サービスの再起動」または「サービスの開始」を実施して再度お試しください。

18 入力例

入院パターン毎に入力方法を説明します。

例 1) 一般病棟のみ



	統括診療情報 番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日
様式 1-①	0	20250401	20250420	20250401	20250420

手順	操作方法
1	<p>ホーム画面の新規登録から患者基本情報を入力します。「基本情報 1」タブより 入院日 : 2025 年 4 月 1 日 退院日 : 2025 年 4 月 20 日 と入力します。 ※退院日が未確定の場合はそのまま空欄とします。</p> <p>※赤字となっている「データ識別番号」「生年月日」「入院日」は本システムの必須項目です。これらの入力がないと、登録できません。 ※統括診療情報番号は自動付加します。入力不要です。 ※日付入力欄をダブルクリックするとカレンダーより入力が可能です。</p>

2 病棟名を「1:一般病棟」になるように選択してください。

※病棟名を入力しない場合はデフォルトで一般病棟となります。

3 「基本情報 2」～「診療情報」をそれぞれ入力し、[更新]ボタンをクリックしてください。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号:

様式: 入院日: 退院日: 様式1開始日: 様式1終了日:

様式1サマリ 基本情報 基本情報2 病名手術 診療情報

入院中の主な診療目的 4: その他の加療 治療実施の有無 ☐ 有り

入院経路 1: 家庭からの入院 他院よりの紹介の有無 ☐ 有り 自院の外来からの入院 ☐ 有り

予定・救急医療入院 100: 予定入院

救急車による搬送 ☐ 有り

入院前の在宅医療の有無 0: 無

自傷行為・自殺企図の有無

2022年度追加項目 過去の自傷行為・自殺企図の有無 ※2021年度以前は選択できません。

退院先 退院時転帰

入院から24時間以内の死亡の有無 ☒ 無し ☐ 有り ☐ 救急搬送、入院前死亡 退院後の在宅医療の有無

前回退院年月日 99999999 前回同一傷病で自院入院の有無 99999999

再入院種別

再入院理由種別

再入院理由

再転棟種別

再転棟理由種別

再転棟理由

入力終了情報 0: 未完 記入日 2025/04/01

F5 更新 F6 モニタリスト F7 左列切替 F8 右列切替 F9 検索 F10 戻る

4 診療情報データ検索で登録したデータを確認します。

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病種	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000100	医療 保険		1979(S54)/11/27	2025/04/01	2025/04/20	一	2025/04/01	2025/04/20	2025/04/01	未完	
編集	親	0000000100	医療 保険		1979(S54)/11/27	2025/04/01	2025/04/20	一	2025/04/01	2025/04/20	2025/04/01	未完	

データが 2 レコード作成されます。

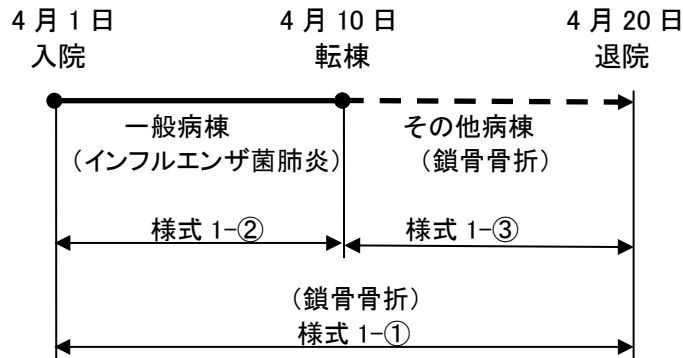
区分

子:子様式 1 に相当するもの

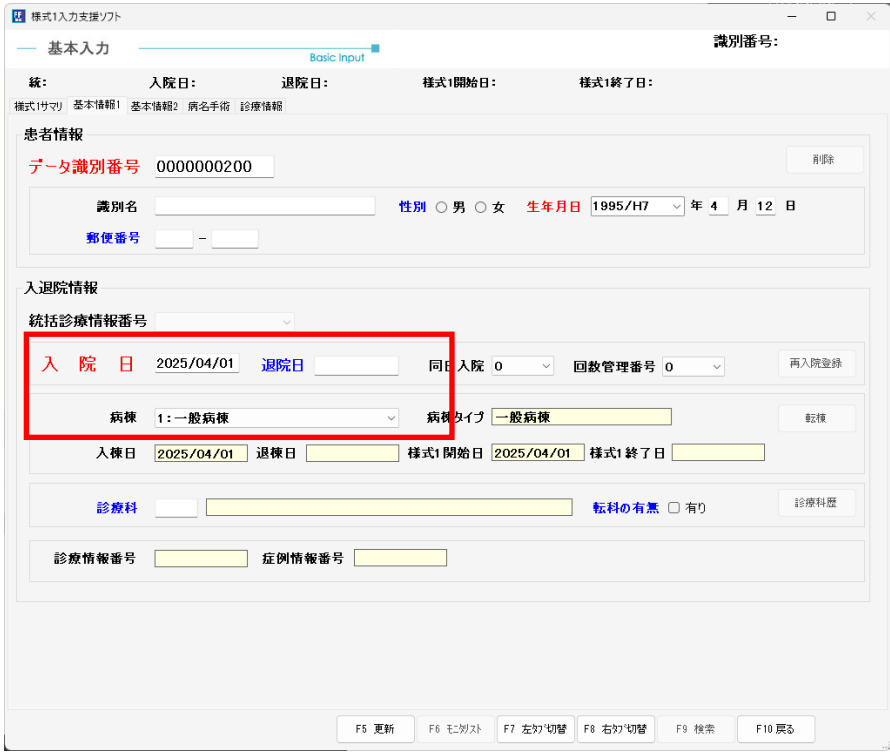
親:親様式 1 に相当するもの

「ファイル出力(調査票)」で様式 1 を出力しますが、この際に自動的に親様式 1 (画面上 2 レコードありますが、自動的に 1 レコードのみ選択する)のみ出力されます。

例 2) 一般病棟（インフルエンザ菌肺炎）→その他病棟（鎖骨骨折）



	統括診療 情報番号	入院 年月日	退院 年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日	医療資源を最も投入した 傷病名
様式 1-①	0	20250401	20250420	20250401	20250420	鎖骨骨折
様式 1-②	1	20250401	00000000	20250401	20250409	インフルエンザ菌肺炎
様式 1-③	2	20250401	20250420	20250410	20250420	鎖骨骨折

手順	操作方法
1	<p>様式 1-②を作成します。 入院年月日 : 2025 年 4 月 1 日と入力します。 退院年月日 : 空欄のままとします。 病棟名を「1: 一般病棟」になるように選択してください。</p> 

2 名称に「インフルエンザ菌肺炎」を入力します。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号:

様式1開始日: 様式1終了日:

様式1サマリ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

対象診療科

「疑い」の付与
または削除

集約選択

手術入力

名称	検索	ICD10(2013)	しせ電算	修飾語コード
主傷病名	検索	J14	8830718	
入院の契機となった傷病名	検索	J14	8830718	
医療資源を最も投入した傷病名	検索	J14	8830718	
入院時併存症名1	検索			
入院時併存症名2	検索			
入院時併存症名3	検索			
入院時併存症名4	検索			
入院時併存症名5	検索			
入院時併存症名6	検索			
入院時併存症名7	検索			
入院時併存症名8	検索			
入院時併存症名9	検索			
入院時併存症名10	検索			
入院後発症疾患名1	検索			
入院後発症疾患名2	検索			
入院後発症疾患名3	検索			
入院後発症疾患名4	検索			
入院後発症疾患名5	検索			
入院後発症疾患名6	検索			
入院後発症疾患名7	検索			
入院後発症疾患名8	検索			
入院後発症疾患名9	検索			
入院後発症疾患名10	検索			

F5 更新 F6 モニタ F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る

「基本情報 2」～「診療情報」をそれぞれ入力し、[更新]ボタンをクリックしてください。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号:

様式1開始日: 様式1終了日:

様式1サマリ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

入院中の
主な診療目的

4: その他加療

治療実施の有無 ☐ 有り

入院経路

1: 家庭からの入院

他院よりの紹介の有無 ☐ 有り 自院の外来からの入院 ☐ 有り

予定・
救急医療入院

200: 予定外入院 救急医療入院以外

救急車による
搬送

☐ 有り

入院前の在宅医療の有無 0: 無

2022年度追加項目

過去の自傷行為・
自殺企図の有無

※2021年度以前は選択できません。

退院先

退院時転帰

入院から24時間
以内の死亡の有無

☒ 無し ☐ 有り ☐ 救急搬送、入院前死亡

退院後の在宅医療の有無

前回退院年月日 99999999 前回同一傷病で自院入院の有無 99999999

再入院種別

再入院理由種別

再入院理由

再転院種別

再転院理由種別

再転院理由

入力終了情報 0: 未完

記入日

F5 更新 F6 モニタ F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る

3 「基本情報 1」のタブに戻り[転棟]ボタンをクリックしてください。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号: 0000000200

統: 1 入院日: 2025/04/01 退院日: 様式1開始日: 2025/04/01 様式1終了日:

様式1サマリ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

患者情報

データ識別番号 0000000200 削除

識別名 性別 ○ 男 ○ 女 生年月日 1995/H7 年 04 月 12 日

郵便番号 -

入退院情報

統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日 2025/04/01 退院日 同日入院 0 回数管理番号 0 再入院登録

病棟 1: 一般病棟 病棟タイプ 一般病棟 転棟

入棟日 2025/04/01 退棟日 様式1開始日 2025/04/01 様式1終了日

診療科 転科の有無 □ 有り 診療科歴

診療情報番号 0 症例情報番号 1

F5 更新 F6 モニタ F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了

4 1 番目のレコードを選択し、右クリックから「登録」をクリックします。

様式1入力支援ソフト

転棟確認 Confirmation

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	転棟年月日
様式1-①	1	一般	2025/04/01		2025/04/01		
	0		2025/04/01		2025/04/01		

登録
修正
削除
ダミー用登録

戻る

- 5 転棟先病棟、転棟先診療科、転棟年月日、退院年月日を選択し登録します。
- 様式1入力支援ソフト

***** 登録 *****

転棟先病棟 3:その他病棟

転棟先診療科 260:リハビリテーション科

転棟年月日 2025/04/10 検索

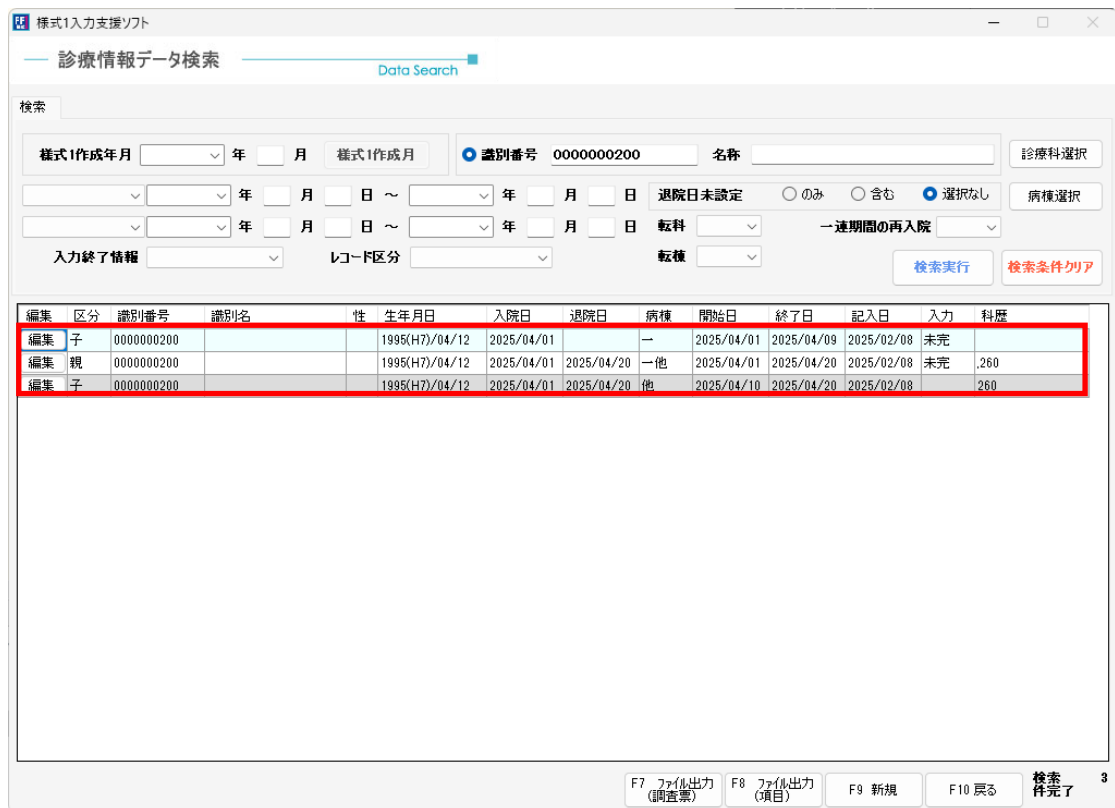
退院年月日 2025/04/20 検索 登録 キャンセル
- 6 様式 1-②(様式 1 入力支援ソフト上では様式 1-①)が作成されたことを確認します。
- 様式1入力支援ソフト

転棟確認 Confirmation

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	転棟年月日
様式1-①	1	一般	20250401		20250401	20250409	20250410
様式1-②	2	その他	20250401	20250420	20250410	20250420	
様式1-③	0		20250401	20250420	20250401	20250420	

戻る

7 診療情報データ検索で登録したデータを確認します。



編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病棟	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000200			1995(H7)/04/12	2025/04/01		一	2025/04/01	2025/04/09	2025/02/08	未完	
編集	親	0000000200			1995(H7)/04/12	2025/04/01	2025/04/20	一他	2025/04/01	2025/04/20	2025/02/08	未完	.260
編集	子	0000000200			1995(H7)/04/12	2025/04/01	2025/04/20	他	2025/04/10	2025/04/20	2025/02/08	260	

データが3レコード作成されます。

様式1に出力した場合は、

システム情報 様式1出力対象病棟に「全て」にチェックしている場合は自動的に様式1の対象となる3レコードすべてが出力されます。

この場合は、

- ・ 4/1～4/9 子様式1-②
- ・ 4/1～4/20 親様式1-①
- ・ 4/10～4/20 子様式1-③

の3レコードが出力されます。

※その他病棟の子様式も出力されます。

システム情報 様式1出力対象病棟に「その他病棟を除く」にチェックしている場合は

- ・ 4/10～4/20 子様式1-③

のみ出力されません。

※その他病棟の子様式は出力されません。

8 その他病棟の子様式1の[編集]ボタンを押します。

様式1入力支援ソフト

診療情報データ検索 Data Search

検索

様式1作成年月 年 月 様式1作成月 識別番号 0000000200 名称 診療科選択

年 月 日 ~ 年 月 日 退院日未設定 のみ 含む 選択なし 病棟選択

年 月 日 ~ 年 月 日 転科 一連期間の再入院

入力終了情報 レコード区分 転棟 検索実行 検索条件クリア

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病棟	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000200			1995(H7)/04/12	2025/04/01		一	2025/04/01	2025/04/09	2025/02/08	未完	
編集	親	0000000200			1995(H7)/04/12	2025/04/01	2025/04/20	一他	2025/04/01	2025/04/20	2025/02/08	未完	.260
編集	子	0000000200			1995(H7)/04/12	2025/04/01	2025/04/20	他	2025/04/10	2025/04/20	2025/02/08		260

F7 ファイル出力 (調査票) F8 ファイル出力 (項目) F9 新規 F10 戻る 検索完了 3

- 9 「病名手術」情報タブから以下のように「鎖骨骨折」を入力し、〔更新〕ボタンを押します。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号: 0000000200

続: 2 入院日: 2025/04/01 退院日: 2025/04/20 様式1開始日: 2025/04/10 様式1終了日: 2025/04/20

様式1管理 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

対象診療科

「疑いの付与または削除」 集約選択 手術入力

名称	検索	JCD10(2013)	しせ電算	修飾語コード
主傷病名	検索	S420	8100003	
入院の契機となった傷病名	検索	S420	8100003	
医療資源を最も投入した傷病名	検索	S420	8100003	
医療資源を最も投入した傷病名	検索			
入院時併存症名1	検索			
入院時併存症名2	検索			
入院時併存症名3	検索			
入院時併存症名4	検索			
入院時併存症名5	検索			
入院時併存症名6	検索			
入院時併存症名7	検索			
入院時併存症名8	検索			
入院時併存症名9	検索			
入院時併存症名10	検索			
入院後発症疾患名1	検索			
入院後発症疾患名2	検索			
入院後発症疾患名3	検索			
入院後発症疾患名4	検索			
入院後発症疾患名5	検索			
入院後発症疾患名6	検索			
入院後発症疾患名7	検索			
入院後発症疾患名8	検索			
入院後発症疾患名9	検索			
入院後発症疾患名10	検索			

難病

病名付加コード(2013)

手術名称	検索	Kコード	検索	STEM7	主たる麻酔	実施日	手術回次	手術側数	予防的抗菌薬投与
	検索		検索						
	検索		検索						

F5 更新 F6 モニタリング F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る

- 10 集約作成を行います。

様式1入力支援ソフト

入退院サマリデータを再度集約作成しますか？

はい(Y) いいえ(N)

病名、手術の選択処理を行います。

様式1入力支援ソフト

入退院サマリデータの病名、手術の選択処理を行いますか？

はい(Y) いいえ(N)

11 [医療資最投]ボタンを押して、鎖骨骨折の[選択]ボタンを押します。

様式1入力支援ソフト

集約処理 項目選択 Item Selection

選択したい項目をクリックすると、選択可能な値が右側に表示されます。

医療資源最傷病

一覧表示 クリア

名称	選択	コード(2018)	名称	レセ電算	修飾語
主傷病		J14	インフルエンザ菌肺炎	8830718	
入院契機		S4200	鎖骨骨折	8100003	
医療資最投					
医療資源2					

併存症1 併存症2 併存症3 併存症4 併存症5

入院後発症1 入院後発症2 入院後発症3 入院後発症4 入院後発症5

手術1 手術2 手術3 手術4 手術5

決定 戻る

同様に[主傷病][入院契機]・・・[手術]も必要に応じて選択してください。
[決定]ボタンで決定します。

12 「様式1 サマリ」タブをご確認ください。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号: 0000000200

統: 2 入院日: 2025/04/01 退院日: 2025/04/20 様式1開始日: 2025/04/10 様式1終了日: 2025/04/20

様式1サマリ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

様式1項目

施設コード	データ識別番号	入院年月日	回数番号	統計診療情報番号	入院契機傷病名	医療資源最傷病ICD10	病名付加コード	医療資源最傷病名コード	医療資源最傷病修飾コード	医療資源最傷病名	医療資源最傷病ICD10
999999999	0000000200	20250401	0	0	インフルエンザ菌肺炎	S420		8100003		鎖骨骨折	
999999999	0000000200	20250401	0	1	インフルエンザ菌肺炎	J14		8830718		インフルエンザ菌肺炎	
999999999	0000000200	20250401	0	2	鎖骨骨折	S420		8100003		鎖骨骨折	

一覧データ

☒ 同一入院日 ☐ 全件

区分	病棟	入院日	退院日	診療科	科開始	科終了	傷病種別1	傷病ICD10	傷病名1	傷病種別2	傷病ICD10	傷病名2
入	一	20250401	20250420	リハビリテーション科			主傷病	J14	インフルエンザ菌肺炎	入院契機	J14	インフルエンザ菌肺炎
種	他	20250401	20250420	リハビリテーション科			主傷病	S420	鎖骨骨折	入院契機	S420	鎖骨骨折
種	一	20250401					主傷病	J14	インフルエンザ菌肺炎	入院契機	J14	インフルエンザ菌肺炎
科	一	20250401			20250401	20250410	主傷病	J14	インフルエンザ菌肺炎	入院契機	J14	インフルエンザ菌肺炎
科	他	20250401	20250420	リハビリテーション科	20250410	20250420	主傷病	S420	鎖骨骨折	入院契機	S420	鎖骨骨折

F5 更新 F6 モニタリスト F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了

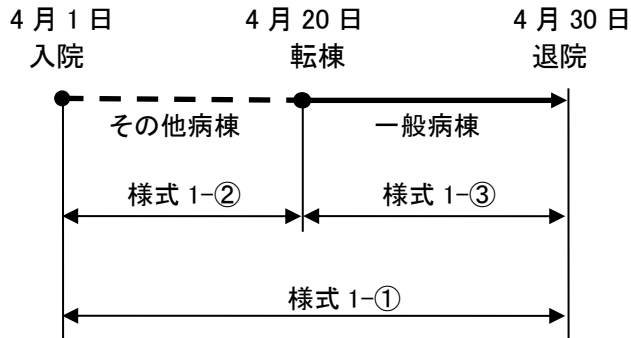
親様式1の医療資源を最も投入した傷病名が「鎖骨骨折」となったことを確認します。

これで様式1を出力すると医療資源を最も投入した傷病名は、

- 様式1-①（親様式1） 鎖骨骨折
 - 様式1-②（子様式1） インフルエンザ菌肺炎
 - 様式1-③（子様式1） 鎖骨骨折
- で出力されます。

親様式1と子様式1で病名、手術情報が異なる場合、以上のような編集作業を行ってください。

例 3) その他病棟→一般病棟



	統括診療情報 番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日
様式 1-①	0	20250401	20250430	20250401	20250430
様式 1-②	1	20250401	00000000	20250401	20250419
様式 1-③	2	20250401	20250430	20250420	20250430

手順	操作方法
1	<p>入院日 : 2025 年 4 月 1 日と入力します。 退院日 : 空欄のままとします。 病棟を「3: その他病棟」になるように選択してください。</p>

2 「基本情報 2」～「診療情報」をそれぞれ入力し、〔更新〕ボタンをクリックしてください。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号: 0000000300

統: 1 入院日: 2025/04/01 退院日: 様式1開始日: 2025/04/01 様式1終了日:

様式1管理: 基本情報 基本情報2 病名手術 診療情報

患者情報

データ識別番号 0000000300 削除

識別名 性別 ○男 ○女 生年月日 1954/S29 年 06 月 17 日

郵便番号 -

入退院情報

統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日 2025/04/01 退院日 同日入院 0 回数管理番号 0 再入院登録

病棟 3: その他病棟 病棟タイプ その他 転棟

入棟日 2025/04/01 退棟日 様式1開始日 2025/04/01 様式1終了日

診療科 260 リハビリテーション科 転科の有無 ☐ 有り 診療科歴

診療情報番号 0 症例情報番号 1

F6 更新 F6 モニタ F7 左の切替 F8 右の切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了

3 「基本情報 1」タブの「転棟」ボタンをクリックしてください。

様式1入力支援ソフト

識別番号: 0000000300

基本入力 Basic Input

統: 1 入院日: 2025/04/01 退院日: 様式1開始日: 2025/04/01 様式1終了日:

様式1付マ 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

患者情報

データ識別番号 0000000300

識別名 性別 ○ 男 ○ 女 生年月日 1954/S29 年 06 月 17 日

郵便番号 -

入退院情報

統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日 2025/04/01 退院日 同日入院 0 回数管理番号 0 再入院登録

病棟 3: その他病棟 病棟タイプ その他 転棟

入棟日 2025/04/01 退棟日 様式1開始日 2025/04/01 様式1終了日

診療科 260 リハビリテーション科 転科の有無 □ 有り 診療科歴

診療情報番号 0 症例情報番号 1

F5 更新 F6 モニタリスト F7 左の切替 F8 右の切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了

4 1 番目のレコードを選択し、右クリックから「登録」をクリックします。

様式1入力支援ソフト

転棟確認 Confirmation

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	転棟年月日
様式1-①	1	その他	20250401		20250401		
	0		20250401		20250401		

登録
修正
削除
ダミー用登録

戻る

5

転棟先病棟、転棟先診療科、転棟年月日、退院年月日を選択し登録します。

様式1入力支援ソフト

***** 登録 *****

転棟先病棟1:一般病棟

転棟先診療科010:内科

転棟年月日2025/04/20

検索

退院年月日2025/04/30

検索

登録

キャンセル

6

〔転棟確認〕
様式 1-③(様式 1 入力支援ソフト上では様式 1-②)が作成されたことを確認します。

様式1入力支援ソフト

転棟確認

Confirmation

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	転棟年月日
様式1-①	1	その他	20250401		20250401	20250419	20250420
様式1-②	2	一般	20250401	20250430	20250420	20250430	
様式1-③	0		20250401	20250430	20250401	20250430	

戻る

7

診療情報データ検索で登録したデータを確認します。

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	床種	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000300			1954(S29)/06/17	2025/04/01		他	2025/04/01	2025/04/19	2025/02/08	未完	260
編集	親	0000000300			1954(S29)/06/17	2025/04/01	2025/04/30	一他	2025/04/01	2025/04/30	2025/02/08	未完	260.010
編集	子	0000000300			1954(S29)/06/17	2025/04/01	2025/04/30	一	2025/04/20	2025/04/30	2025/02/08		010

データが3レコード作成されます。

様式1に出力した場合は、

システム情報 様式1 出力対象病棟に「全て」にチェックしている場合は自動的に様式1の対象となる3レコードのみ出力されます。

この場合は、

- ・ 4/1～4/30 親様式1-①
- ・ 4/1～4/19 子様式1-②
- ・ 4/20～4/30 子様式1-③

の3レコードが出力されます。

※その他病棟の子様式も出力されます。

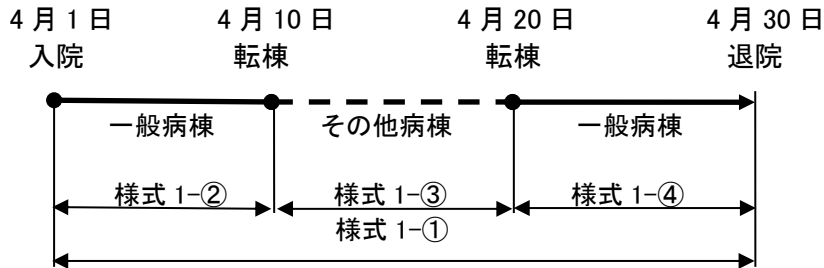
システム情報 様式1 出力対象病棟に「その他病棟を除く」にチェックしている場合は

- ・ 4/1～4/19 子様式1-②

のみ出力されません。

※その他病棟の子様式は出力されません。

例 4) 一般病棟→その他病棟→一般病棟



	統括診療情報 番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日
様式 1-①	0	20250401	20250430	20250401	20250430
様式 1-②	1	20250401	00000000	20250401	20250409
様式 1-③	2	20250401	00000000	20250410	20250419
様式 1-④	3	20250401	20250430	20250420	20250430

手順	操作方法
1	<p>様式 1-②を作成します。 入院日 : 2025 年 4 月 1 日と入力します。 退院日 : 空欄のままとします。 病棟を「1: 一般病棟」になるように選択してください。</p>

2 「基本情報 2」～「診療情報」をそれぞれ入力し、[更新]ボタンをクリックしてください。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号:

様式1入力支援ソフト

基本情報 2 病名手術 診療情報

入院日: 退院日: 様式1開始日: 様式1終了日:

入院中の主な診療目的: 4: その他の加療 治療実施の有無 ☐ 有り

入院経路: 1: 家庭からの入院 他院よりの紹介の有無 ☐ 有り 自院の外来からの入院 ☐ 有り

予定・救急医療入院: 100: 予定入院

救急車による搬送: ☐ 有り 入院前の在宅医療の有無: 0: 無

自傷行為・自殺企図の有無: 2022年度追加項目 過去の自傷行為・自殺企図の有無: *2021年度以前は選択できません。

退院先: 退院時転帰: 4: 不変

入院から24時間以内の死亡の有無: ☒ 無し ☐ 有り ☐ 救急搬送、入院前死亡 退院後の在宅医療の有無:

前回退院年月日: 99999999 前回同一傷病で自院入院の有無: 99999999

再入院種別: 再入院理由種別: 再入院理由:

再転棟種別: 再転棟理由種別: 再転棟理由:

入力終了情報: 0: 未完 記入日:

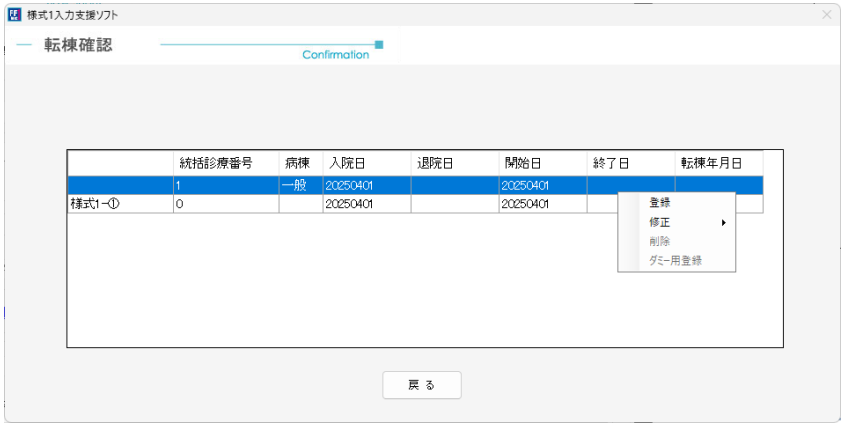
F5 更新 F6 印刷 F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る

- 3

「基本情報 1」の[転棟]ボタンをクリックしてください。


- 4

1 番目のレコードを選択し、右クリックから[登録]をクリックします。



5 転棟先病棟、転棟先診療科、転棟年月日を選択し登録します。

様式1入力支援ソフト

***** 登録 *****

転棟先病棟

3:その他病棟

転棟先診療科

260:リハビリテーション科

転棟年月日

2025/04/10

検索

退院年月日

検索

登録

キャンセル


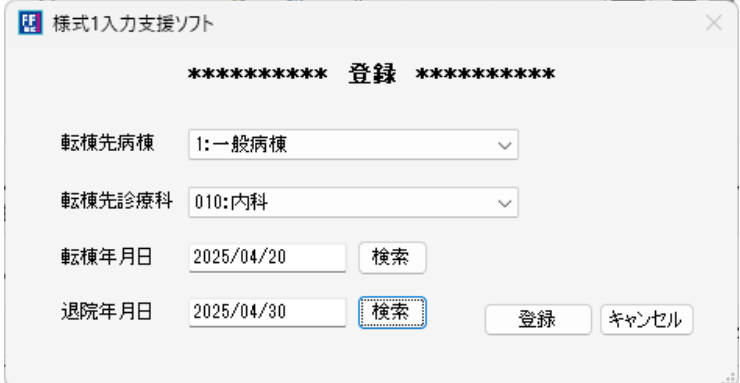

6 **〔転棟確認〕**
様式 1-③(様式 1 入力支援ソフト上では様式 1-②)が作成されたことを確認します。

様式1入力支援ソフト

— 転棟確認 — Confirmation

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	転棟年月日
様式1-①	1	一般	20250401		20250401	20250409	20250410
様式1-②	2	その他	20250401		20250410		
様式1-③	0		20250401		20250401		

戻る

- 7 次に 1-③を作成します。
2 番目のレコードを選択し、右クリックから[登録]を押します。
- 
- 8 転棟先病棟、転棟先診療科、転棟年月日を選択し登録します。
- 
- 9 [転棟確認]
様式 1-④(様式 1 入力支援ソフト上では様式 1-③)が作成されたことを確認します。
- 

10

〔診療情報データ検索〕

診療情報データ検索で登録したデータを確認します。

データが4レコード作成されます。

子様式1の病名、手術情報についてはそれぞれ入力が必要です。

様式1に出力した場合は、

システム情報 様式1出力対象病棟に「全て」にチェックしている場合は自動的に様式1の対象となる4レコード出力されます。

この場合は、

- ・ 4/1～4/9 子様式1-②
- ・ 4/10～4/19 子様式1-③
- ・ 4/20～4/30 子様式1-④
- ・ 4/1～4/30 親様式1-①

の4レコードが出力されます。

※その他病棟の子様式も出力されます。

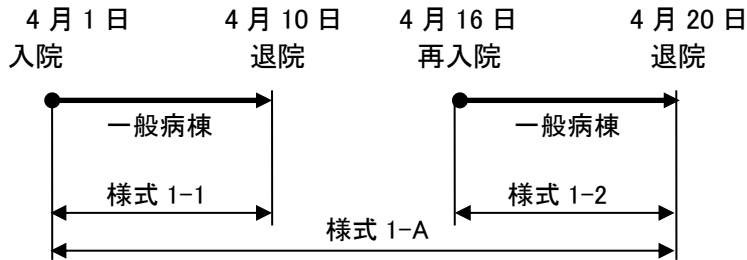
システム情報 様式1出力対象病棟に「その他病棟を除く」にチェックしている場合は

- ・ 4/10～4/19 子様式1-③

のみ出力されません。

※その他病棟の子様式は出力されません。

例 5) 一般病棟→一般病棟（一連となる7日以内の再入院）



	統括診療情報 番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日
様式 1-1	0	20250401	20250410	20250401	20250410
様式 1-2	0	20250416	20250420	20250416	20250420
様式 1-A	A	20250401	20250420	20250401	20250420

手順	操作方法
1	<p>ホーム画面の新規登録から様式 1-1 を作成、登録します。病名、手術等の入力も行ってください。</p> <p>4 月 1 日～4 月 10 日</p>

2

ホーム画面の新規登録から様式 1-2 を作成、登録します。病名、手術等の入力も行ってください。

4 月 16 日～4 月 20 日

- 3 次に様式 1-Aを作成します。
〔再入院登録〕をクリックします。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号: 0000000500

統: 1 入院日: 2025/04/16 退院日: 2025/04/20 様式1開始日: 2025/04/16 様式1終了日: 2025/04/20

様式1付与 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

患者情報

データ識別番号 0000000500

識別名 性別 ○ 男 ○ 女 生年月日 1952/S27 年 11 月 24 日

郵便番号 -

入退院情報

統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日 2025/04/16 退院日 2025/04/20 同日入院 0 回数管理番号 0

再入院登録

病棟 1: 一般病棟 病棟タイプ 一般病棟

転棟

入棟日 2025/04/16 退棟日 2025/04/20 様式1開始日 2025/04/16 様式1終了日 2025/04/20

診療科 010 内科 転科の有無 ☐ 有り 診療科歴

診療情報番号 0 症例情報番号 1

F5 更新 F6 モニタリ F7 左列切替 F8 右列切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了

- 4 〔再入院確認〕
2レコード選択して右クリックから〔作成〕を選択します。

様式1入力支援ソフト

再入院確認 Rehospitalization Confirmation

	統括診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	医療資源	医療資源病名	医療資源 MDC	医療資源 DPC6
	1	一般	20250401	20250410	20250401	20250410				
	1	一般	20250416	20250420	20250416	20250420				
様式1-①	0	一般	20250401	20250410	20250401	20250410		作成		
様式1-②	0	一般	20250416	20250420	20250416	20250420				

戻る

5

〔再入院確認〕
Aのレコードが作成されたのを確認します。
作成された A のレコードに病名、手術等の入力を行って下さい。

様式1入力支援ソフト

再入院確認 Rehospitalization Confirmation

続投診療 番号	病種	入院日	退院日	開始日	終了日	医療資源	医療資源病名	医療資源 MDC	医療資源 DPC6
1	一般	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	2025/04/10				
様式1-①	0	一般	2025/04/16	2025/04/20	2025/04/16	2025/04/20			
様式1-②	0	一般	2025/04/01	2025/04/10	2025/04/01	2025/04/10			
様式1-③	0	一般	2025/04/16	2025/04/20	2025/04/16	2025/04/20			
様式1-A	A	一般	2025/04/01	2025/04/20	2025/04/01	2025/04/20			

戻る

6

診療情報データ検索で登録したデータを確認します。

様式1入力支援ソフト

診療情報データ検索 Data Search

検索

様式1作成年月 年 月 日
 様式1作成月 年 月 日

識別番号 0000000500 名称 診療科選択

退院日未設定 ☐ のみ ☐ 含む ☒ 選択なし 病種選択

転科 一連期間の再入院

入力終了情報 レコード区分 転種

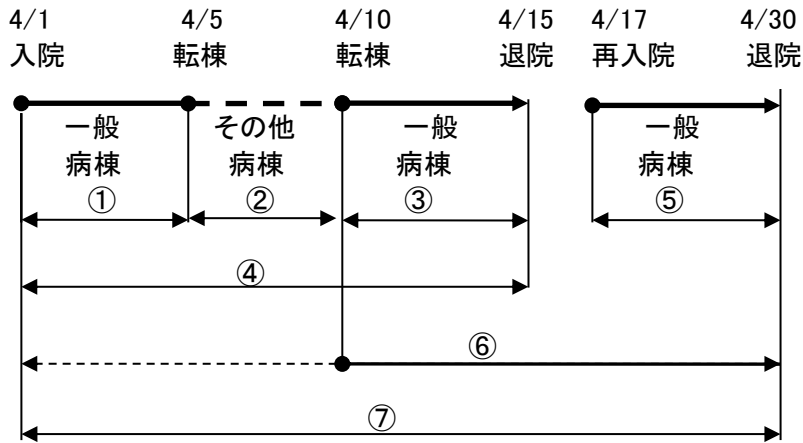
編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病種	開始日	終了日	記入日	入力	料歴
編集	子	0000000500			1952(S27)/11/24	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/02/08	未完	010
編集	親	0000000500			1952(S27)/11/24	2025/04/01	2025/04/10	—	2025/04/01	2025/04/10	2025/02/08	未完	010
編集	子	0000000500			1952(S27)/11/24	2025/04/16	2025/04/20	—	2025/04/16	2025/04/20	2025/02/08	未完	010
編集	親	0000000500			1952(S27)/11/24	2025/04/16	2025/04/20	—	2025/04/16	2025/04/20	2025/02/08	未完	010
編集	両A	0000000500			1952(S27)/11/24	2025/04/01	2025/04/20	—	2025/04/01	2025/04/20	2025/02/08	未完	010,010

データが5レコード作成されます。
〔ファイル出力(調査票)〕より様式1を出力した場合様式1-1、1-2、Aの3レコードのみ出力されます。
この場合は、

- ・ 4/1～4/10 親様式1-1
- ・ 4/16～4/20 親様式1-2
- ・ 4/1～4/20 親様式1-A

の3レコードが出力されます。

例 6) 一般病棟→その他病棟→一般病棟→一連となる7日以内の再入院



	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
様式1-①	1	20250401	00000000	20250401	20250404
様式1-②	2	20250401	00000000	20250405	20250409
様式1-③	3	20250401	20250415	20250410	20250415
様式1-④	0	20250401	20250415	20250401	20250415
様式1-⑤	0	20250417	20250430	20250417	20250430
様式1-⑥	A	20250401	20250430	20250410	20250430
様式1-⑦	B	20250401	20250430	20250401	20250430

手順	操作方法
1	例 4 の通りに様式 1-①、様式 1-②、様式 1-③、様式 1-④を作成します。
2	<p>ホーム画面の新規登録から様式 1-⑤を作成、登録します。</p> <p>4 月 17 日～4 月 30 日</p> <div><div>様式1入力支援ソフト</div><div>基本入力Basic Input</div><div>識別番号: 0000000600</div><div>統: 1 入院日: 2025/04/17 退院日: 2025/04/30 様式1開始日: 2025/04/17 様式1終了日: 2025/04/30</div><div>様式1作り 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報</div><div><div>患者情報</div><div>データ識別番号 0000000600 削除</div><div>識別名 性別 ○ 男 ○ 女 生年月日 1987/S62 年 12 月 01 日</div><div>郵便番号 -</div></div><div><div>入退院情報</div><div>統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード</div><div>入院日 2025/04/17 退院日 2025/04/30 同日入院 0 回数管理番号 0 再入院登録</div><div>病棟 1: 一般病棟 病棟タイプ 一般病棟 転棟</div><div>入棟日 2025/04/17 退棟日 2025/04/30 様式1開始日 2025/04/17 様式1終了日 2025/04/30</div><div>診療科 010 内科 転科の有無 有り 診療科歴</div><div>診療情報番号 0 症例情報番号 1</div></div><div>F5 更新 F6 モニタリ F7 左の切替 F8 右の切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了</div></div>

- 3 次に様式 1-Aを作成します。
〔再入院登録〕をクリックします。

様式1入力支援ソフト

基本入力 Basic Input

識別番号: 0000000600

統計: 1 入院日: 2025/04/17 退院日: 2025/04/30 様式1開始日: 2025/04/17 様式1終了日: 2025/04/30

様式1管理 基本情報1 基本情報2 病名手術 診療情報

患者情報

データ識別番号 0000000600

識別名 性別 ○ 男 ○ 女 生年月日 1987/S62 年 12 月 01 日

郵便番号 -

入退院情報

統括診療情報番号 1: 算定病棟レコード

入院日 2025/04/17 退院日 2025/04/30 同日入院 0 回数管理番号 0 再入院登録

病棟 1: 一般病棟 病棟タイプ 一般病棟

入棟日 2025/04/17 退棟日 2025/04/30 様式1開始日 2025/04/17 様式1終了日 2025/04/30

診療科 010 内科 転科の有無 有

診療情報番号 0 症例情報番号 1

F5 更新 F6 モニタ F7 左切替 F8 右切替 F9 検索 F10 戻る データ更新完了

- 4 〔再入院確認〕
様式 1-③と今回入院 4/17～の 2レコード選択して右クリックから〔作成〕を選択します。

様式1入力支援ソフト

再入院確認 Rehospitalization Confirmation

	統括診療 番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	医療資源	医療資源病名	医療資源 MDC	医療資源 DPC6
様式1-①	1	一般	20250401		20250401	20250404				
様式1-②	2	その他	20250401		20250405	20250408				
様式1-③	3	一般	20250401	20250415	20250410	20250415				
様式1-④	1	一般	20250417	20250430	20250417	20250430				
様式1-⑤	0	一般	20250401	20250415	20250401	20250415				
様式1-⑥	0	一般	20250417	20250430	20250417	20250430				

作成

戻る

5

A、Bのレコードが作成されたのを確認します。

様式1入力支援ソフト

再入院確認

Rehospitalization Confirmation

	続投診療番号	病棟	入院日	退院日	開始日	終了日	医療資源	医療資源病名	医療資源MDC	医療資源DPC6
様式1-①	1	一般	20250401		20250401	20250404				
様式1-②	2	その他	20250401		20250405	20250409				
様式1-③	3	一般	20250415	20250415	20250410	20250415				
	1	一般	20250417	20250430	20250417	20250430				
様式1-④	0	一般	20250401	20250415	20250401	20250415				
様式1-⑤	0	一般	20250417	20250430	20250417	20250430				
様式1-⑥	A	一般	20250401	20250430	20250410	20250430				
様式1-⑦	B	一般	20250401	20250430	20250401	20250430				

戻る

6

診療情報データ検索で登録したデータを確認します。

編集	区分	識別番号	識別名	性	生年月日	入院日	退院日	病種	開始日	終了日	記入日	入力	科歴
編集	子	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/01		一	2025/04/01	2025/04/04	2025/02/08	未完	010
編集	親	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/01	2025/04/15	一他	2025/04/01	2025/04/15	2025/02/08	未完	010,260,010
編集	子	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/01		他	2025/04/05	2025/04/09	2025/02/08	260	
編集	子	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/01	2025/04/15	一	2025/04/10	2025/04/15	2025/02/08		010
編集	子	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/17	2025/04/30	一	2025/04/17	2025/04/30	2025/02/08	未完	010
編集	親	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/17	2025/04/30	一	2025/04/17	2025/04/30	2025/02/08	未完	010
編集	再A	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/01	2025/04/30	一	2025/04/10	2025/04/30	2025/02/08	未完	010,010
編集	再B	0000000600			1987(S62)/12/01	2025/04/01	2025/04/30	一他	2025/04/01	2025/04/30	2025/02/08	未完	010,260,010,010

データが 8 レコード作成されます。

「ファイル出力(調査票)」より様式 1 を出力した場合、

システム情報 様式 1 出力対象病棟に「全て」にチェックしている場合は

様式 1-①、様式 1-②、様式 1-③、様式 1-④、様式 1-⑤、様式 1-⑥、様式 1-⑦の 7 レコードのみ出力されます。

システム情報 様式 1 出力対象病棟に「その他病棟を除く」にチェックしている場合は

- ・ 4/5～4/9 子様式 1-②

は出力されません。

※その他病棟の子様式は出力されません。

親様式1、子様式1で病名、手術が異なる場合は例2のような編集作業を行う必要があります。

例1～6)以外のパターン

これら1～6以外のパターンは上記の入力の例を参考に入力してください。これら以外のパターンはこれらの応用です。

19 外部データ取込概要

(1) 取込機能概要

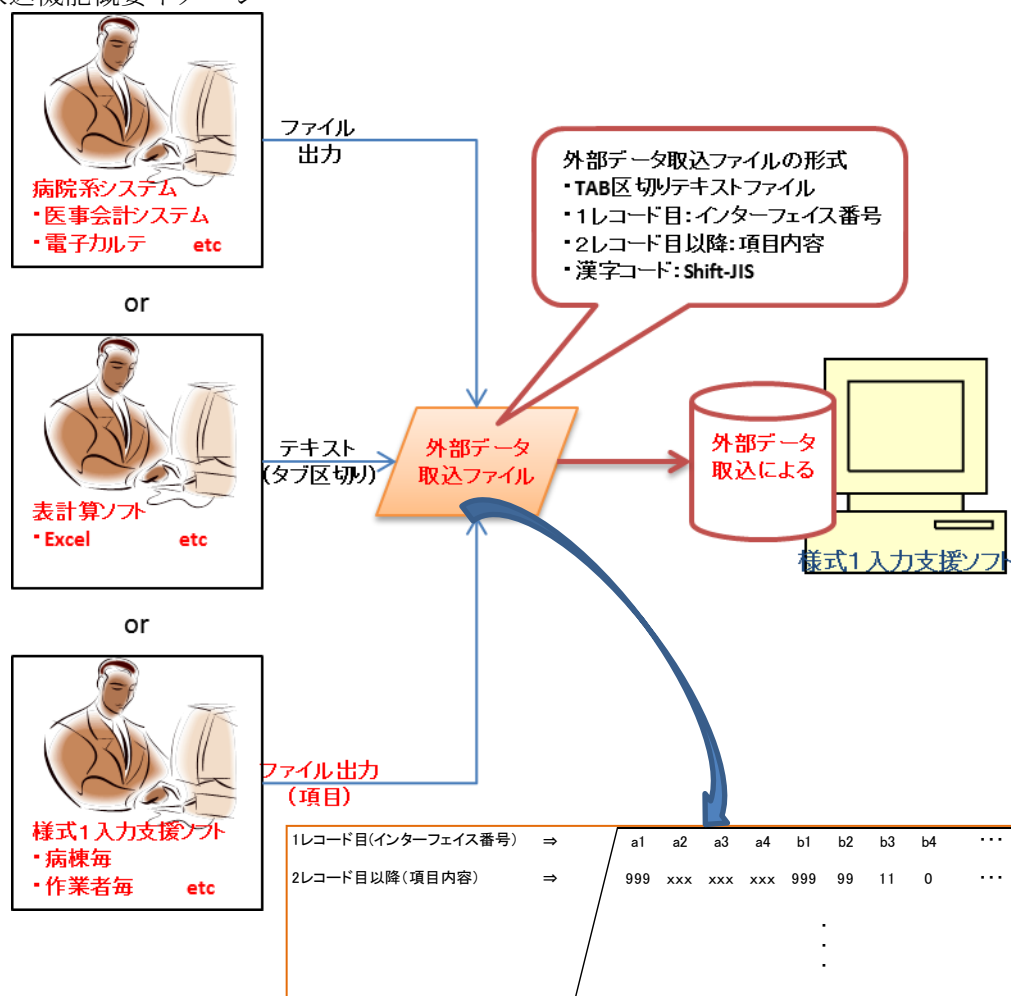
① 機能概要の説明

各種病院系システムや EXCEL 等の表計算ソフト・他病棟で入力された様式1入力支援ソフトから、様式1を作成するためにデータ統合を行うための機能

② 取込用データファイルの基本形式

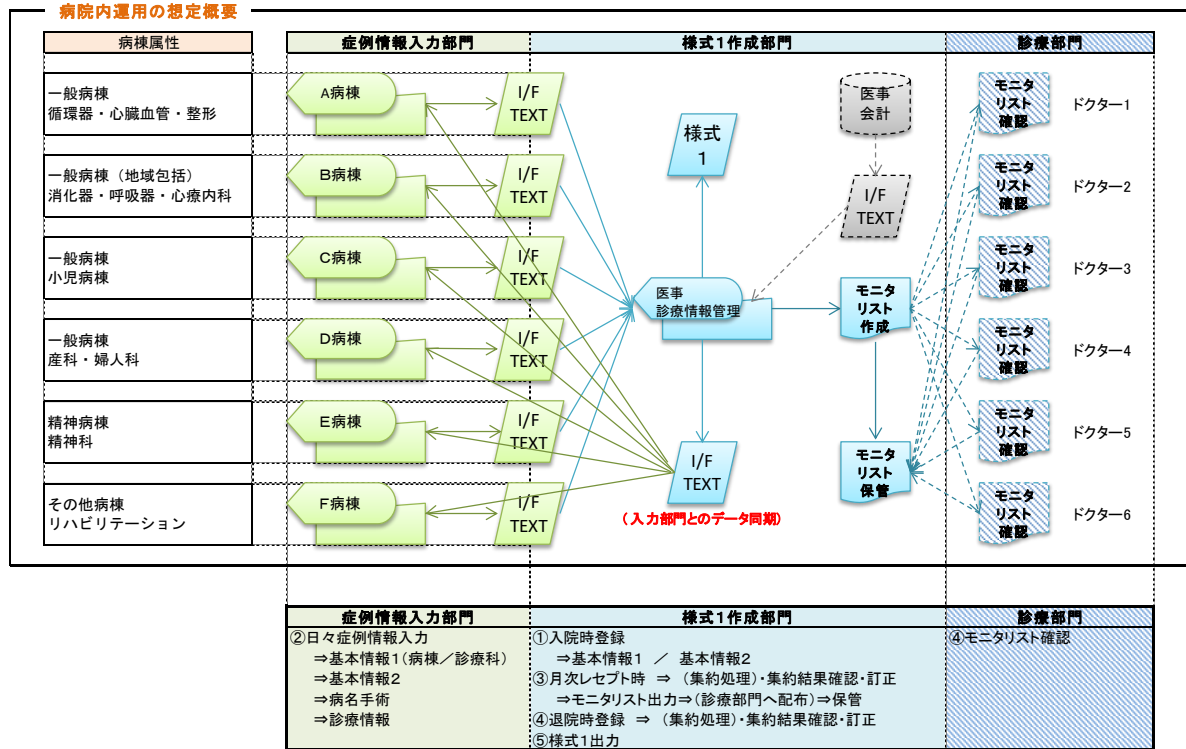
- TAB 区切りのテキストファイルであること
- 1レコード目(ヘッダー): インターフェイス番号が付与されていること
- 2レコード目以降(データ項目): インターフェイス番号に対応した項目内容
- Shift-JIS コードで作成されていること

③ 取込機能概要イメージ

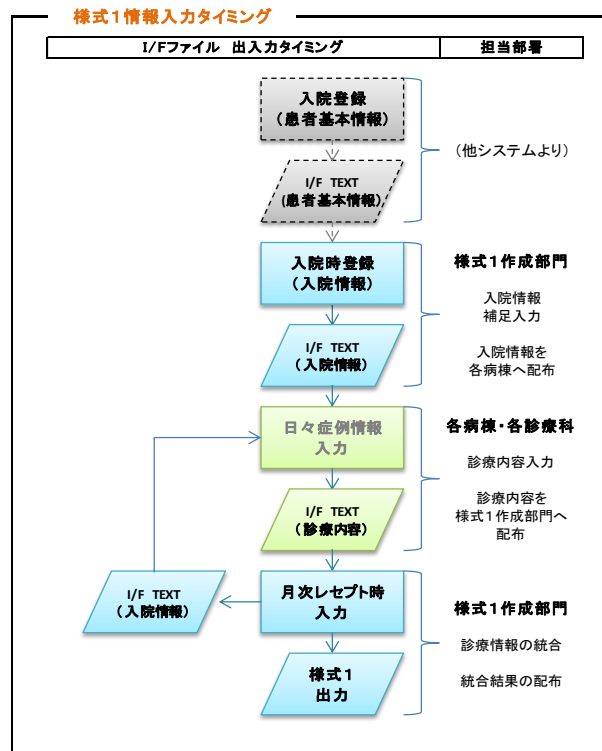


(2) 想定される運用概要

① 部門間での「外部データ」連携 (例)



② 作業タイミングによる「外部データ」連携 (例)



(3) 外部データインターフェイス番号

[表-1]入力フィールド一覧「他システムとの連携インターフェイス番号(IF 番号)」

項番	IF番号(ヘッダー)	Key 項目	項目名
1	a1		施設コード
2	a2	○	診療科コード
3	a3		転科の有無
4	a6		一般病棟以外からの移動の有無
5	a7		一般病棟以外への移動の有無
6	a8		病棟名
7	a9	○	病棟コード
8	a10		記入年月日
9	a11		主治医コード
10	a12		担当医コード
11	a13		入力終了情報
12	a15		病棟タイプ
13	a16	○	入棟年月日
14	a17	○	退棟年月日
15	a18		転棟年月日
16	a20		様式 1 開始日
17	a21		様式 1 終了日
18	b1	○	データ識別番号
19	b2		データ識別名
20	b3		性別
21	b4	○	生年月日
22	b5		郵便番号
23	c1	○	診療情報番号
24	c2	○	入院(転入)年月日
25	c3		入院経路
26	c4	○	退院(転出)年月日
27	c5		退院(転科)先
28	c7		退院時転帰
29	c8		入院から24時間以内の死亡の有無
30	c10		前回退院年月日
31	c11		前回同一傷病で自院入院の有無
32	c13		他院よりの紹介の有無
33	c14		自院の外来からの入院の有無
34	c15		予定・救急医療入院
35	c16		救急車による搬送の有無
36	c25		調査対象となる一般病棟への入院
37	c26		調査対象となる精神病棟への入院
38	c27		その他の病棟への入院
39	c29	○	症例情報番号
40	c30	○	同日再入院情報番号
41	c31		レコード区分

42	c35	再入院種別
43	c36	再入院理由種別
44	c37	再入院理由
45	c38	再転棟種別
46	c39	再転棟理由種別
47	c40	再転棟理由
48	c41	回数管理番号
49	c42	入院前の在宅医療の有無
50	c43	退院後の在宅医療の有無
51	d1	主傷病名
52	y1	ICD10コード(2003)
53	d2	ICD10コード(2013)
54	d4	レセ電算コード
55	d171	本体病名
56	d172	修飾語コード
57	d8	入院の契機となった傷病名
58	y2	ICD10コード(2003)
59	d9	ICD10コード(2013)
60	d11	レセ電算コード
61	d173	本体病名
62	d174	修飾語コード
63	d15	医療資源を最も投入した傷病名
64	y3	ICD10コード(2003)
65	d16	ICD10コード(2013)
66	d18	レセ電算コード
67	d175	本体病名
68	d176	修飾語コード
69	d22	医療資源を2番目に投入した傷病名
70	y4	ICD10コード(2003)
71	d23	ICD10コード(2013)
72	d25	レセ電算コード
73	d177	本体病名
74	d178	修飾語コード
75	d29	入院時併存症1名
76	y5	ICD10コード(2003)
77	d30	ICD10コード(2013)
78	d32	レセ電算コード
79	d179	本体病名
80	d180	修飾語コード
81	d36	入院時併存症2名
82	y6	ICD10コード(2003)
83	d37	ICD10コード(2013)
84	d39	レセ電算コード
85	d181	本体病名
86	d182	修飾語コード
87	d43	入院時併存症3名

88	y7	ICD10コード(2003)
89	d44	ICD10コード(2013)
90	d46	レセ電算コード
91	d183	本体病名
92	d184	修飾語コード
93	d50	入院時併存症4名
94	y8	ICD10コード(2003)
95	d51	ICD10コード(2013)
96	d53	レセ電算コード
97	d185	本体病名
98	d186	修飾語コード
99	d198	入院時併存症5名
100	y9	ICD10コード(2003)
101	d199	ICD10コード(2013)
102	d200	レセ電算コード
103	d204	本体病名
104	d205	修飾語コード
105	d206	入院時併存症6名
106	y10	ICD10コード(2003)
107	d207	ICD10コード(2013)
108	d208	レセ電算コード
109	d212	本体病名
110	d213	修飾語コード
111	d214	入院時併存症7名
112	y11	ICD10コード(2003)
113	d215	ICD10コード(2013)
114	d216	レセ電算コード
115	d220	本体病名
116	d221	修飾語コード
117	d222	入院時併存症8名
118	y12	ICD10コード(2003)
119	d223	ICD10コード(2013)
120	d224	レセ電算コード
121	d228	本体病名
122	d229	修飾語コード
123	d230	入院時併存症9名
124	y13	ICD10コード(2003)
125	d231	ICD10コード(2013)
126	d232	レセ電算コード
127	d236	本体病名
128	d237	修飾語コード
129	d238	入院時併存症10名
130	y14	ICD10コード(2003)
131	d239	ICD10コード(2013)
132	d240	レセ電算コード
133	d244	本体病名

134	d245	修飾語コード
135	d57	入院後発症疾患1名
136	y15	ICD10コード(2003)
137	d58	ICD10コード(2013)
138	d60	レセ電算コード
139	d187	本体病名
140	d188	修飾語コード
141	d64	入院後発症疾患2名
142	y16	ICD10コード(2003)
143	d65	ICD10コード(2013)
144	d67	レセ電算コード
145	d189	本体病名
146	d190	修飾語コード
147	d71	入院後発症疾患3名
148	y17	ICD10コード(2003)
149	d72	ICD10コード(2013)
150	d74	レセ電算コード
151	d191	本体病名
152	d192	修飾語コード
153	d111	入院後発症疾患4名
154	y18	ICD10コード(2003)
155	d112	ICD10コード(2013)
156	d114	レセ電算コード
157	d193	本体病名
158	d194	修飾語コード
159	d246	入院後発症疾患5名
160	y19	ICD10コード(2003)
161	d247	ICD10コード(2013)
162	d248	レセ電算コード
163	d252	本体病名
164	d253	修飾語コード
165	d254	入院後発症疾患6名
166	y20	ICD10コード(2003)
167	d255	ICD10コード(2013)
168	d256	レセ電算コード
169	d260	本体病名
170	d261	修飾語コード
171	d262	入院後発症疾患7名
172	y21	ICD10コード(2003)
173	d263	ICD10コード(2013)
174	d264	レセ電算コード
175	d268	本体病名
176	d269	修飾語コード
177	d270	入院後発症疾患8名
178	y22	ICD10コード(2003)
179	d271	ICD10コード(2013)

180	d272	レセ電算コード
181	d276	本体病名
182	d277	修飾語コード
183	d278	入院後発症疾患9名
184	y23	ICD10コード(2003)
185	d279	ICD10コード(2013)
186	d280	レセ電算コード
187	d284	本体病名
188	d285	修飾語コード
189	d286	入院後発症疾患10名
190	y24	ICD10コード(2003)
191	d287	ICD10コード(2013)
192	d288	レセ電算コード
193	d292	本体病名
194	d293	修飾語コード
195	d86	がんの初発、再発
196	d87	UICC分類(T)
197	d88	UICC分類(N)
198	d89	UICC分類(M)
199	d90	がんの Stage 分類
200	d92	心疾患の NYHA 心機能分類
201	d93	急性心筋梗塞における Killip 分類
202	d94	狭心症、慢性虚血性心疾患における CCS 分類
203	d99	HughJones 分類
204	d100	入院時 ADL スコア
205	d101	熱傷Ⅱ度以上のパーセント
206	d106	肝硬変の Child-Pugh 分類
207	d107	その他の重症度分類名称
208	d108	その他の重症度分類番号記号
209	d110	熱傷Ⅲ度以上のパーセント
210	d118	喫煙指数
211	d119	退院時 ADL スコア
212	d122	急性膵炎の重症度分類
213	d141	がんの Stage 分類部位
214	d142	入院時妊娠週数
215	d143	精神保健福祉法における入院形態
216	d144	入院時 GAF 尺度値
217	d145	入院時 GAF 尺度コメント
218	y25	病名付加コード
219	d146	病名付加コード_2013
220	d147	精神保健福祉法に基づく隔離日数
221	d148	精神保健福祉法に基づく身体拘束日数
222	d162	身長
223	d163	体重
224	d164	発症前 Rankin Scale
225	d165	退院時 modifiedRankinScale

226	d166	脳卒中の発症時期
227	d167	肺炎の重症度分類
228	d168	入院周辺の分娩の有無
229	d169	分娩時出血量
230	d170	UICC 分類(版)
231	d195	入院時の褥瘡の有無
232	d196	退院時の褥瘡の有無
233	d197	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
234	d294	難病医療費助成の有無1
235	d295	難病告示番号1
236	d296	難病医療費助成の有無2
237	d297	難病告示番号2
238	d298	自傷行為・自殺企図の有無
239	d299	医療介護関連肺炎に該当の有無
240	d300	心不全の発症時期
241	d301	収縮期血圧
242	d302	心拍数
243	d303	心調律
244	d304	褥瘡の入棟日1
245	d305	褥瘡の退棟日1
246	d306	入棟時の褥瘡の有無1
247	d307	退棟時の褥瘡の有無1
248	d308	褥瘡の入棟日2
249	d309	褥瘡の退棟日2
250	d310	入棟時の褥瘡の有無2
251	d311	退棟時の褥瘡の有無2
252	d312	褥瘡の入棟日3
253	d313	褥瘡の退棟日3
254	d314	入棟時の褥瘡の有無3
255	d315	退棟時の褥瘡の有無3
256	d316	FIM の入棟日1
257	d317	FIM の退棟日1
258	d318	入棟時 FIM 得点1
259	d319	退棟時 FIM 得点1
260	d320	FIM の入棟日2
261	d321	FIM の退棟日2
262	d322	入棟時 FIM 得点2
263	d323	退棟時 FIM 得点2
264	d324	FIM の入棟日3
265	d325	FIM の退棟日3
266	d326	入棟時 FIM 得点3
267	d327	退棟時 FIM 得点3
268	d328	FIM の入棟時体重1
269	d329	FIM の入棟時体重2
270	d330	FIM の入棟時体重3
271	d331	FIM の退棟時体重1

272	d332	FIM の退棟時体重2
273	d333	FIM の退棟時体重3
274	d334	要介護度
275	d335	要介護情報_算定開始日
276	d336	要介護情報_算定終了日
277	d337	要介護情報_算定開始日_低栄養
278	d338	要介護情報_算定開始日_摂食嚥下機能障害
279	d339	要介護情報_算定終了日_低栄養
280	d340	要介護情報_算定終了日_摂食嚥下機能障害
281	d341	SOFA スコア_ICU_入室日当日_測定日 1
282	d342	SOFA スコア_ICU_入室日翌日_測定日 1
283	d343	SOFA スコア_ICU_退室日_測定日 1
284	d344	SOFA スコア_ICU_入室日当日_値 1
285	d345	SOFA スコア_ICU_入室日翌日_値 1
286	d346	SOFA スコア_ICU_退室日_値 1
287	d347	SOFA スコア_ICU_入室日当日_測定日 2
288	d348	SOFA スコア_ICU_入室日翌日_測定日 2
289	d349	SOFA スコア_ICU_退室日_測定日 2
290	d350	SOFA スコア_ICU_入室日当日_値 2
291	d351	SOFA スコア_ICU_入室日翌日_値 2
292	d352	SOFA スコア_ICU_退室日_値 2
293	d353	SOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_測定日 1
294	d354	SOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_測定日 1
295	d355	SOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_値 1
296	d356	SOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_値 1
297	d357	SOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_測定日 2
298	d358	SOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_測定日 2
299	d359	SOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_値 2
300	d360	SOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_値 2
301	d361	pSOFA スコア_ICU_入室日当日_測定日 1
302	d362	pSOFA スコア_ICU_入室日翌日_測定日 1
303	d363	pSOFA スコア_ICU_退室日_測定日 1
304	d364	pSOFA スコア_ICU_入室日当日_値 1
305	d365	pSOFA スコア_ICU_入室日翌日_値 1
306	d366	pSOFA スコア_ICU_退室日_値 1
307	d367	pSOFA スコア_ICU_入室日当日_測定日 2
308	d368	pSOFA スコア_ICU_入室日翌日_測定日 2
309	d369	pSOFA スコア_ICU_退室日_測定日 2
310	d370	pSOFA スコア_ICU_入室日当日_値 2
311	d371	pSOFA スコア_ICU_入室日翌日_値 2
312	d372	pSOFA スコア_ICU_退室日_値 2
313	d373	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_測定日 1
314	d374	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_測定日 1
315	d375	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_値 1
316	d376	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_値 1
317	d377	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_測定日 2

318	d378	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_測定日 2
319	d379	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日当日_値 2
320	d380	pSOFA スコア_敗血症_治療開始日翌日_値 2
321	d381	入棟時の褥瘡の有無_DESIGN_R1
322	d382	退棟時の褥瘡の有無_DESIGN_R1
323	d383	入棟時の褥瘡の有無_DESIGN_R2
324	d384	退棟時の褥瘡の有無_DESIGN_R2
325	d385	入棟時の褥瘡の有無_DESIGN_R3
326	d386	退棟時の褥瘡の有無_DESIGN_R3
327	d387	要介護低栄養の有無_様式 1 開始
328	d388	要介護低栄養の有無_様式 1 終了
329	d389	要介護摂食嚥下機能障害の有無_様式 1 開始
330	d390	要介護摂食嚥下機能障害の有無_様式 1 終了
331	d391	要介護経管経静脈栄養の状況_様式 1 開始
332	d392	要介護経管経静脈栄養の状況_様式 1 終了
333	d393	地ケア入棟入室時 ADL スコア 1
334	d394	地ケア退棟退室時 ADL スコア 1
335	d395	地ケア入棟入室時 ADL スコア 2
336	d396	地ケア退棟退室時 ADL スコア 2
337	d397	地ケア入棟入室時 ADL スコア 3
338	d398	地ケア退棟退室時 ADL スコア 3
339	d399	過去の自傷行為・自殺企図の有無
340	d400	救急受診時の PF 比
341	d401	救急受診時の呼吸補助
342	d402	治療室又は病棟入室時の PF 比
343	d403	治療室又は病棟入室時の呼吸補助
344	d404	救急受診時の NYHA 心機能分類
345	d405	治療室又は病棟入室時の NYHA 心機能分類
346	d406	急性心筋梗塞の発症時期
347	d407	心不全入院時左室駆出率
348	d408	解離性大動脈瘤 Stanford 分類
349	d409	退院時体重
350	d410	一般_入院時の褥瘡の有無
351	d411	一般_退院時の褥瘡の有無
352	d412	一般_入院中の褥瘡の最大深度等
353	d413	一般_入院中の褥瘡の最大深度等の日付
354	d414	栄養_低栄養の有無_様式 1 開始
355	d415	栄養_摂食嚥下機能障害の有無_様式 1 開始
356	d416	栄養_低栄養の有無_様式 1 終了
357	d417	栄養_摂食嚥下機能障害の有無_様式 1 終了
358	d418	栄養_経管経静脈栄養の状況_様式 1 開始
359	d419	栄養_経管経静脈栄養の状況_様式 1 終了
360	d420	栄養_入院後 48 時間以内の栄養ケアアセスメントの実施
361	d421	転倒転落回数
362	d422	インシデント影響度分類レベル 3b 以上の転倒転落
363	d423	身体的拘束日数

364	d424	FIM 入棟中測定日1
365	d425	入棟中の FIM 得点1
366	d426	FIM 入棟中測定日2
367	d427	入棟中の FIM 得点2
368	d428	FIM 入棟中測定日3
369	d429	入棟中の FIM 得点3
370	d430	FIM 入棟中測定日4
371	d431	入棟中の FIM 得点4
372	d432	FIM 入棟中測定日5
373	d433	入棟中の FIM 得点5
374	d434	FIM 入棟中測定日6
375	d435	入棟中の FIM 得点6
376	d436	FIM 入棟中測定日7
377	d437	入棟中の FIM 得点7
378	d438	FIM 入棟中測定日8
379	d439	入棟中の FIM 得点8
380	d440	FIM 入棟中測定日9
381	d441	入棟中の FIM 得点9
382	d442	FIM 入棟中測定日10
383	d443	入棟中の FIM 得点10
384	d444	FIM 入棟中測定日11
385	d445	入棟中の FIM 得点11
386	d446	FIM 入棟中測定日12
387	d447	入棟中の FIM 得点12
388	d448	救急受診時の酸素投与の有無
389	d449	救急受診時の FiO2
390	d450	治療室又は病棟入室時の酸素投与の有無
391	d451	治療室又は病棟入室時の FiO2
392	d452	救急受診時の収縮期血圧
393	d453	救急受診時の循環作動薬の使用
394	d454	治療室又は病棟入室時の収縮期血圧
395	d455	治療室又は病棟入室時の循環作動薬の使用
396	d456	解離性大動脈瘤の発症時期
397	d457	入院時 BNP_NTproBNP
398	d458	ガンマグロブリンの追加治療の有無
399	d459	入棟後に初めて行われた当該患者の退院に向けた会議の実施日
400	d460	当該患者の退院に向けた会議の開催回数
401	d461	当該患者の退院に向けた会議への参加職種
402	d462	薬剤師による服薬指導の実施回数
403	d463	作業療法士による個別作業療法の実施回数
404	d464	精神保健福祉士による個別相談支援の実施回数
405	d465	公認心理師による個別心理支援の実施回数
406	d466	入院中に患者が患家等を訪問した回数
407	d467	患者の患家等への訪問に同行した職種
408	d468	入院中に患者が外泊を行った回数
409	d469	障害福祉サービス等事業所との面談回数_介護給付

410	d470	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等_介護給付
411	d471	障害福祉サービス等事業所との面談回数_訓練等給付
412	d472	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等_訓練等給付
413	d473	障害福祉サービス等事業所との面談回数_相談支援
414	d474	退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等_相談支援
415	e1	手術1名
416	e2	基幹コード
417	e4	点数表コード
418	e5	手術開始日
419	e7	手術回数
420	e10	主たる麻酔
421	e14	手術2名
422	e15	基幹コード
423	e17	点数表コード
424	e18	手術開始日
425	e20	手術回数
426	e23	主たる麻酔
427	e27	手術3名
428	e28	基幹コード
429	e30	点数表コード
430	e31	手術開始日
431	e33	手術回数
432	e36	主たる麻酔
433	e40	手術4名
434	e41	基幹コード
435	e43	点数表コード
436	e44	手術開始日
437	e46	手術回数
438	e49	主たる麻酔
439	e53	手術5名
440	e54	基幹コード
441	e56	点数表コード
442	e57	手術開始日
443	e59	手術回数
444	e62	主たる麻酔
445	e66	手術1手術側数左右
446	e67	手術2手術側数左右
447	e68	手術3手術側数左右
448	e69	手術4手術側数左右
449	e70	手術5手術側数左右
450	e71	手術6名
451	e72	基幹コード
452	e74	点数表コード

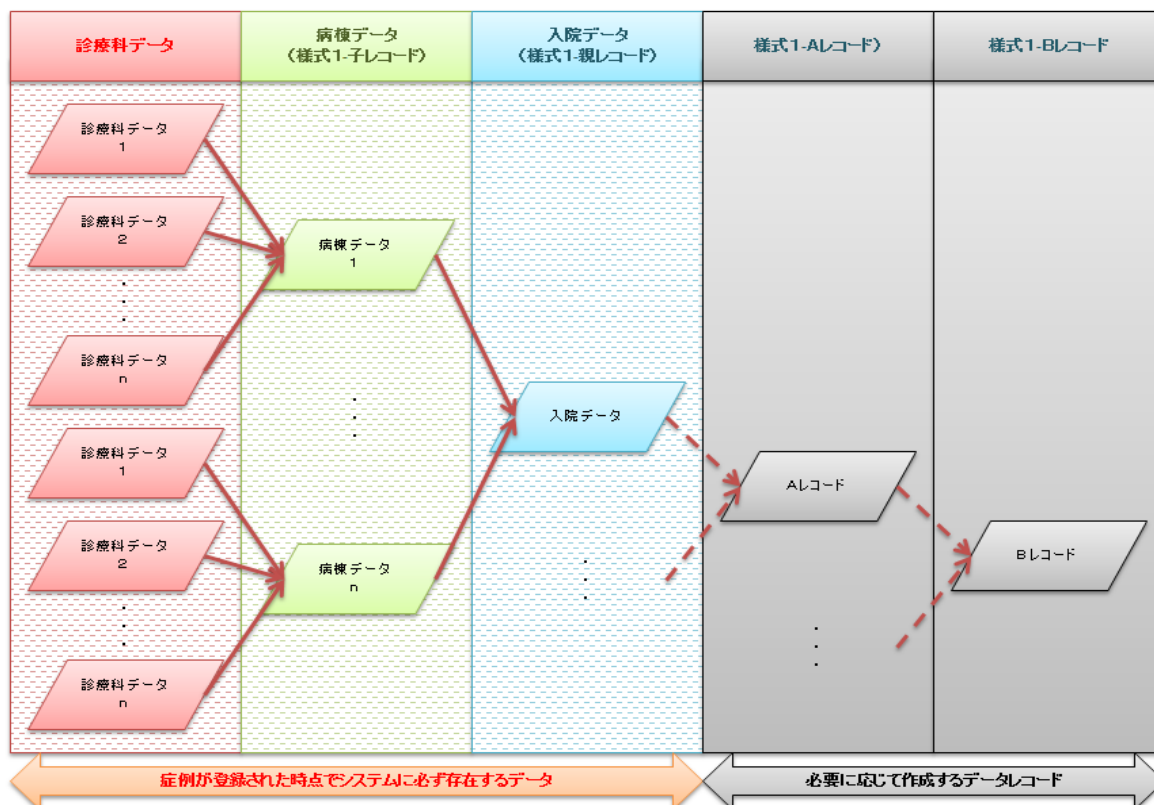
453	e75	手術開始日
454	e77	手術回数
455	e80	主たる麻酔
456	e84	手術7名
457	e85	基幹コード
458	e87	点数表コード
459	e88	手術開始日
460	e90	手術回数
461	e93	主たる麻酔
462	e97	手術8名
463	e98	基幹コード
464	e100	点数表コード
465	e101	手術開始日
466	e103	手術回数
467	e106	主たる麻酔
468	e110	手術9名
469	e111	基幹コード
470	e113	点数表コード
471	e114	手術開始日
472	e116	手術回数
473	e119	主たる麻酔
474	e123	手術10名
475	e124	基幹コード
476	e126	点数表コード
477	e127	手術開始日
478	e129	手術回数
479	e132	主たる麻酔
480	e136	手術6手術側数左右
481	e137	手術7手術側数左右
482	e138	手術8手術側数左右
483	e139	手術9手術側数左右
484	e140	手術10手術側数左右
485	e141	手術1予防的抗菌薬投与
486	e142	手術2予防的抗菌薬投与
487	e143	手術3予防的抗菌薬投与
488	e144	手術4予防的抗菌薬投与
489	e145	手術5予防的抗菌薬投与
490	e146	手術6予防的抗菌薬投与
491	e147	手術7予防的抗菌薬投与
492	e148	手術8予防的抗菌薬投与
493	e149	手術9予防的抗菌薬投与
494	e150	手術10予防的抗菌薬投与
495	f1	化学療法の有無
496	f4	治験実施の有無
497	f12	出生時体重
498	f13	入院時意識障害がある場合のJCS

499	f14	現在の妊娠の有無
500	f23	出産時妊娠週数
501	f39	入院中の主な診療
502	f128	退院時意識障害がある場合の JCS
503	f164	テモゾロミド(初発の初回治療に限る。)
504	f253	持参薬の使用の有無
505	f254	抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無
506	f391	救急受診時意識障害がある場合の JCS
507	f392	治療室又は病棟入室時意識障害がある場合の JCS
508	z1	削除指示(制御用)(1 なら削除指示)

(4) システムのデータレコードの構造

様式1入力支援ソフトのデータ構造について

① システムのデータレコード構造概要



② データレコード

1. 診療科データ：更新対象データ

診療情報を管理するためのデータレコード(システムの基本入力レコード)

- ・病棟入力モード：診療科歴の管理
- ・診療科入力モード：診療科別に入力された情報

2. 病棟データ(様式1:子レコード)

「診療科データ」レコードが更新された場合、自動集約される(※1)

3. 入院データ(様式1:親レコード)

「病棟データ」レコードが更新された場合、自動集約される(※1)

4. 様式1:Aレコード(※2)

「調査実施説明資料」参照

5. 様式1:Bレコード(※2)

「調査実施説明資料」参照(※2)

※1：自動集約はユーザーの意図した内容にならない場合があるため、集約内容を画面上で確認が必須

※2：[Aレコード][Bレコード]は、下位レコードが変更されても更新・作成されないため画面上から再作成が必須

(5) 取込データファイル作成方法

【データファイル作成対象データレコード】

		病棟入力モード	診療科入力モード
症例新規登録時	Insert	・診療科データレコード	・診療科データレコード
症例更新登録時	Update	・診療科データレコード	・診療科データレコード

【基本key項目】

IF 番号	項目名称	項目概要
a2	診療科コード	
a9	病棟コード	1:一般病棟、2:精神病棟、3:その他病棟
a16	入棟年月日	
a17	退棟年月日	
b1	データ識別番号	
b4	生年月日	
c1	診療情報番号	データレコードの種類を表す番号(診療科データの場合:1~9の連番)
c2	入院年月日	
c4	退院年月日	
c29	症例情報番号	個別の病棟データを表す連番
c30	同日再入院情報番号	入院年月日が同一なものがある場合に連番(初期値:0)

※「基本 Key 項目」はデータの新規・更新登録を行う場合、必須項目となる

【病名key項目】

IF 番号	項目名称	入力条件
d1, d2	主傷病名、 ICD10コード(2013)	主傷病名に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d8, d9	入院の契機となった傷病名、 ICD10コード(2013)	入院の契機となった傷病名に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d15, d16	医療資源を最も投入した傷病名、 ICD10コード(2013)	医療資源を最も投入した傷病名に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d22, d23	医療資源を2番目に投入した傷病名、 ICD10コード(2013)	医療資源を2番目に投入した傷病名に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d29, d30	入院時併存症1名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症1に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d36, d37	入院時併存症2名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症2に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d43, d44	入院時併存症3名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症3に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d50, d51	入院時併存症4名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症4に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d198, d199	入院時併存症5名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症5に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d206, d207	入院時併存症6名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症6に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d214, d215	入院時併存症7名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症7に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d222, d223	入院時併存症8名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症8に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d230, d231	入院時併存症9名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症9に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d238, d239	入院時併存症10名、 ICD10コード(2013)	入院時併存症10に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須

d57, d58	入院後発症疾患1名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患1に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d64, d65	入院後発症疾患2名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患2に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d71, d72	入院後発症疾患3名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患3に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d111, d112	入院後発症疾患4名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患4に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d246, d247	入院後発症疾患5名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患5に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d254, d255	入院後発症疾患6名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患6に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d262, d263	入院後発症疾患7名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患7に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d270, d271	入院後発症疾患8名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患8に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d278, d279	入院後発症疾患9名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患9に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
d286, d287	入院後発症疾患10名、 ICD10コード(2013)	入院後発症疾患10に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須

※「病名 Key 項目」は病名に関するデータの新規・更新登録を行う場合、必須項目となる

【手術key項目】

IF 番号	項目名称	入力条件
e1, e4, e5	手術1名、点数表コード、手術開始日	手術1に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e14, e17, e18	手術2名、点数表コード、手術開始日	手術2に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e27, e30, e31	手術3名、点数表コード、手術開始日	手術3に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e40, e43, e44	手術4名、点数表コード、手術開始日	手術4に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e53, e56, e57	手術5名、点数表コード、手術開始日	手術5に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e71, e74, e75	手術6名、点数表コード、手術開始日	手術6に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e84, e87, e88	手術7名、点数表コード、手術開始日	手術7に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e97, e100, e101	手術8名、点数表コード、手術開始日	手術8に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e110, e113, e114	手術9名、点数表コード、手術開始日	手術9に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須
e123, e126, e127	手術10名、点数表コード、手術開始日	手術10に関する項目について新規・更新登録を行う場合、必須

※「手術 Key 項目」は手術に関するデータの新規・更新登録を行う場合、必須項目となる

【レコード種別判定方法】

レコード種別	C1: 診療情報番号	C29: 症例情報番号
様式1:Bレコード	11	0
様式1:Aレコード	10	0
入院データ(様式1:親レコード)	0	0
病棟データ(様式1:子レコード)	0	1以上の値(病棟データ連番)
診療科データ	1~9の値(診療科データ連番)	1以上の値(病棟データ連番)

【取込データファイル作成方法(例)】

基本 Key											登録項目		
A2	A9	A16	A17	B1	B4	C1	C2	C4	C29	C30	D1	~	F392
010	1	20250701	20250703	000000001	19600401	1	20250701	20250703	1	0	xxxxx		xxxxx
020	2	20250702	20250715	000000002	19560501	1	20250702	20250715	1	0	xxxxx		xxxxx
}													
010	1	20250703	20250720	000000002	19560501	1	20250703	20250720	1	0	xxxxx		xxxxx

※IF 番号の並びは自由に配置可能

※レコード追加登録 : 「基本 Key」、「病名 Key」、「手術 Key」と同一の項目レコードがデータベースに存在しなかった場合

※レコード更新登録 : 「基本 Key」、「病名 Key」、「手術 Key」と同一の項目レコードがデータベースに既に存在した場合

※項目なし、もしくは、項目が空白の場合 : 該当項目の更新は行わない

(6) 取込データファイル作成 (例)

【外部データ取込のパターン分類】

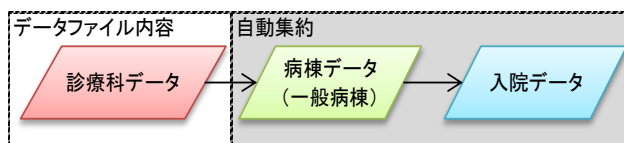
- ① 一般病棟のみの入院
- ② 転科ありの入院
- ③ 転棟ありの入院
- ④ A レコードが必要な入院
- ⑤ 同日入退院後の再入院
- ⑥ 退院日に再入院
- ⑦ 転棟→転科の入院

【パターン毎の取込データ作成例】

- ① 一般病棟のみの入院



■レコード構造



■データファイル内容

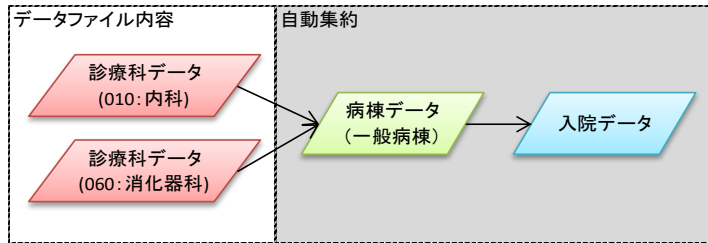
診療科 コード	病棟 コード	入棟年月日	退棟年月日	データ 識別番号	生年月日	診療 情報 番号	入院年月日	退院年月日	症例 情報 番号	同日再 入院情 報番号
a2	a9	a16	a17	b1	b4	c1	c2	c4	c29	c30
	1	20250701	20250710	0000000001	19900101	1	20250701	20250710	1	0

【データファイル作成時の留意点】

- 診療情報番号[c1] : 1件の病棟データ内で、診療科データは1件のため、1を設定する
 症例情報番号[c29] : 1件の入院データ内で、病棟データは1件のため、1を設定する
 同日再入院番号[c30] : 入院年月日が同一のデータはないため、0を設定する

② 転科ありの入院

■レコード構造



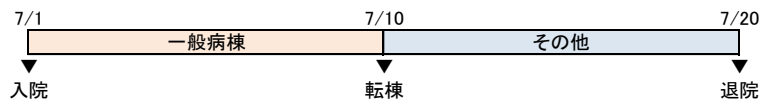
■データファイル内容

診療科 コード	病棟 コード	入棟年月日	退棟年月日	データ 識別番号	生年月日	診療 情報 番号	入院年月日	退院年月日	症例 情報 番号	同日再 入院情 報番号
a2	a9	a16	a17	b1	b4	c1	c2	c4	c29	c30
010	1	20250701	20250720	0000000001	19900101	1	20250701	20250710	1	0
060	1	20250701	20250720	0000000001	19900101	2	20250710	20250720	1	0

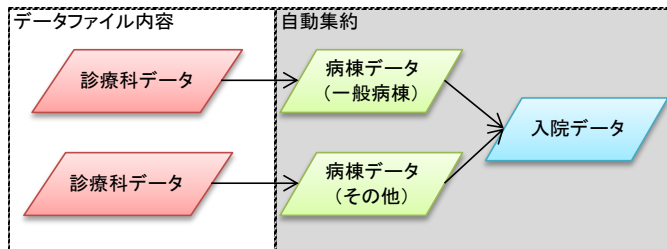
【データファイル作成時の留意点】

- 診療科コード[a2] : 病棟データの診療科コードは、診療情報番号=2の診療科が自動集約される。
- 診療情報番号[c1] : 1件の病棟データ内で、診療科データは2件のため、科開始日が早い方から順に付番する
- 症例情報番号[c29] : 1件の入院データ内で、病棟データは1件のため、共に1を設定する
- 同日再入院番号[c30] : 入院年月日が同一のデータはないため、0を設定する
- 入院年月日[c2] : 転科があるデータの場合、科開始日を設定する
- 退院年月日[c4] : 転科があるデータの場合、科終了日を設定する

③ 転棟ありの入院



■レコード構造



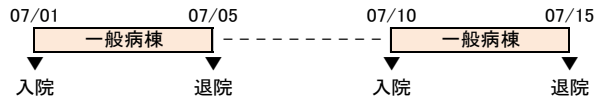
■データファイル内容

診療科 コード	病棟 コード	入棟年月日	退棟年月日	データ 識別番号	生年月日	診療 情報 番号	入院年月日	退院年月日	症例 情報 番号	同日再 入院情 報番号
a2	a9	a16	a17	b1	b4	c1	c2	c4	c29	c30
	1	20250701	20250710	0000000001	19900101	1	20250701		1	0
	3	20250710	20250720	0000000001	19900101	1	20250701	20250720	2	0

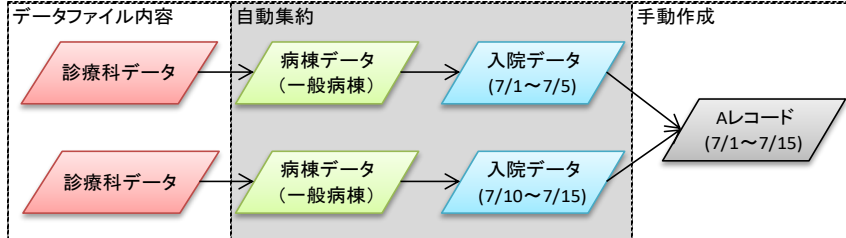
【データファイル作成時の留意点】

- 診療情報番号[c1] : 各々1件の病棟データ内で、診療科データは1件のため、1を設定する
- 症例情報番号[c29] : 1件の入院データ内で、病棟データは2件のため、入棟年月日が早い方から順に付番する
- 同日再入院番号[c30] : 入院年月日が同一のデータはないため、0を設定する

④ A レコードが必要な入院



■レコード構造



■データファイル内容

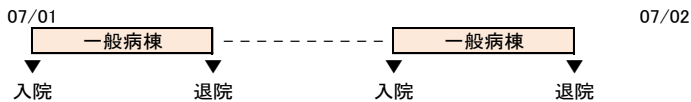
診療科コード	病棟コード	入棟年月日	退棟年月日	データ識別番号	生年月日	診療情報番号	入院年月日	退院年月日	症例情報番号	同日再入院情報番号
a2	a9	a16	a17	b1	b4	c1	c2	c4	c29	c30
	1	20250701	20250705	0000000001	19900101	1	20250701	20250705	1	0
	1	20250710	20250715	0000000001	19900101	1	20250710	20250715	1	0

【データファイル作成時の留意点】

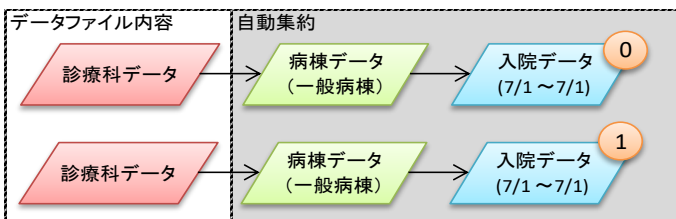
- 診療情報番号[c1] : 各々1件の病棟データ内で、診療科データは1件のため、1を設定する
- 症例情報番号[c29] : 各々1件の入院データ内で、病棟データは1件のため、1を設定する
- 同日再入院番号[c30] : 入院年月日が同一のデータはないため、0を設定する
- 入院年月日[c2] : 診療科データとしての、入院年月日を設定する
- 退院年月日[c4] : 診療科データとしての、退院年月日を設定する

※Aレコードは取り込み処理では作成されないため、画面上から手動作成する必要がある

⑤ 同日入退院後の再入院



■レコード構造



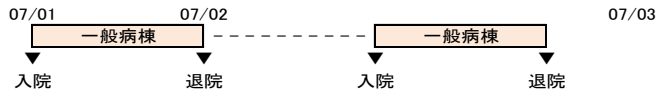
■データファイル内容

診療科コード	病棟コード	入棟年月日	退棟年月日	データ識別番号	生年月日	診療情報番号	入院年月日	退院年月日	症例情報番号	同日再入院情報番号
a2	a9	a16	a17	b1	b4	c1	c2	c4	c29	c30
	1	20250701	20250701	0000000001	19900101	1	20250701	20250701	1	0
	1	20250701	20250701	0000000001	19900101	1	20250701	20250701	1	1

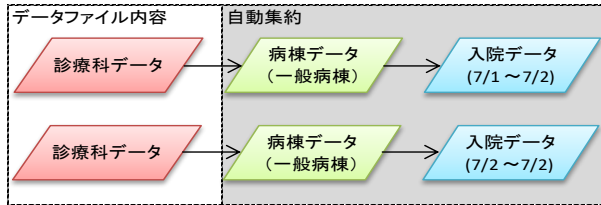
【データファイル作成時の留意点】

- 診療情報番号[c1] : 各々1件の病棟データ内で、診療科データは1件のため、1を設定する
- 症例情報番号[c29] : 各々1件の入院データ内で、病棟データは1件のため、1を設定する
- 同日再入院番号[c30] : 入院年月日が同一のデータがあるため、最初の入院から順に付番する

⑥ 退院日に再入院



■レコード構造



※Aレコードについては記載省略

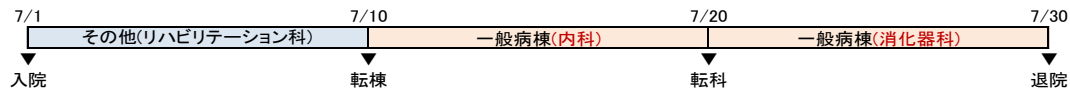
■データファイル内容

診療科コード	病棟コード	入棟年月日	退棟年月日	データ識別番号	生年月日	診療情報番号	入院年月日	退院年月日	症例情報番号	同日再入院情報番号
a2	a9	a16	a17	b1	b4	c1	c2	c4	c29	c30
	1	20250701	20250702	0000000001	19900101	1	20250701	20250702	1	0
	1	20250702	20250702	0000000001	19900101	1	20250702	20250702	1	0

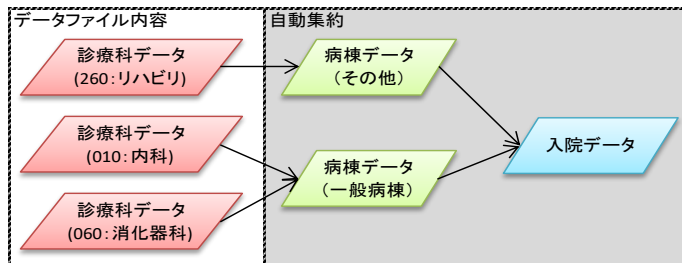
【データファイル作成時の留意点】

- 診療情報番号[c1] : 各々1件の病棟データ内で、診療科データは1件のため、1を設定する
- 症例情報番号[c29] : 各々1件の入院データ内で、病棟データは1件のため、1を設定する
- 同日再入院番号[c30] : 入院年月日が同一日ではないため、共に0を設定

⑦ 転棟→転科の入院



■レコード構造



■データファイル内容

診療科コード	病棟コード	入棟年月日	退棟年月日	データ識別番号	生年月日	診療情報番号	入院年月日	退院年月日	症例情報番号	同日再入院情報番号
a2	a9	a16	a17	b1	b4	c1	c2	c4	c29	c30
260	3	20250701	20250710	0000000001	19900101	1	20250701		1	0
010	1	20250710	20250730	0000000001	19900101	1	20250701	20250720	2	0
060	1	20250710	20250730	0000000001	19900101	2	20250720	20250730	2	0

【データファイル作成時の留意点】

- 診療情報番号[c1] : リハビリデータについては、1件の病棟データ内で診療科データは1件のため、1を設定する
内科データ、消化器科データについては、1件の病棟データ内で診療科データは2件のため、科開始日が早い方から順に付番する
- 症例情報番号[c29] : 1件の入院データ内で、病棟データは2件のため、入棟年月日が早い方から順に付番する
内科データと消化器科データは同一の病棟データ内のため、同一値を設定する
- 同日再入院番号[c30] : 入院年月日が同一のデータはないため、0を設定する
- 入院年月日[c4] : 通常の転科データの場合科開始日を設定するが、内科データについては、転棟データであることを示すため入院年月日を設定する。消化器科データについては、通常通り科開始日を設定する