



# ミミズクさん説明書

第7.1版

株式会社 ピーエスラボ

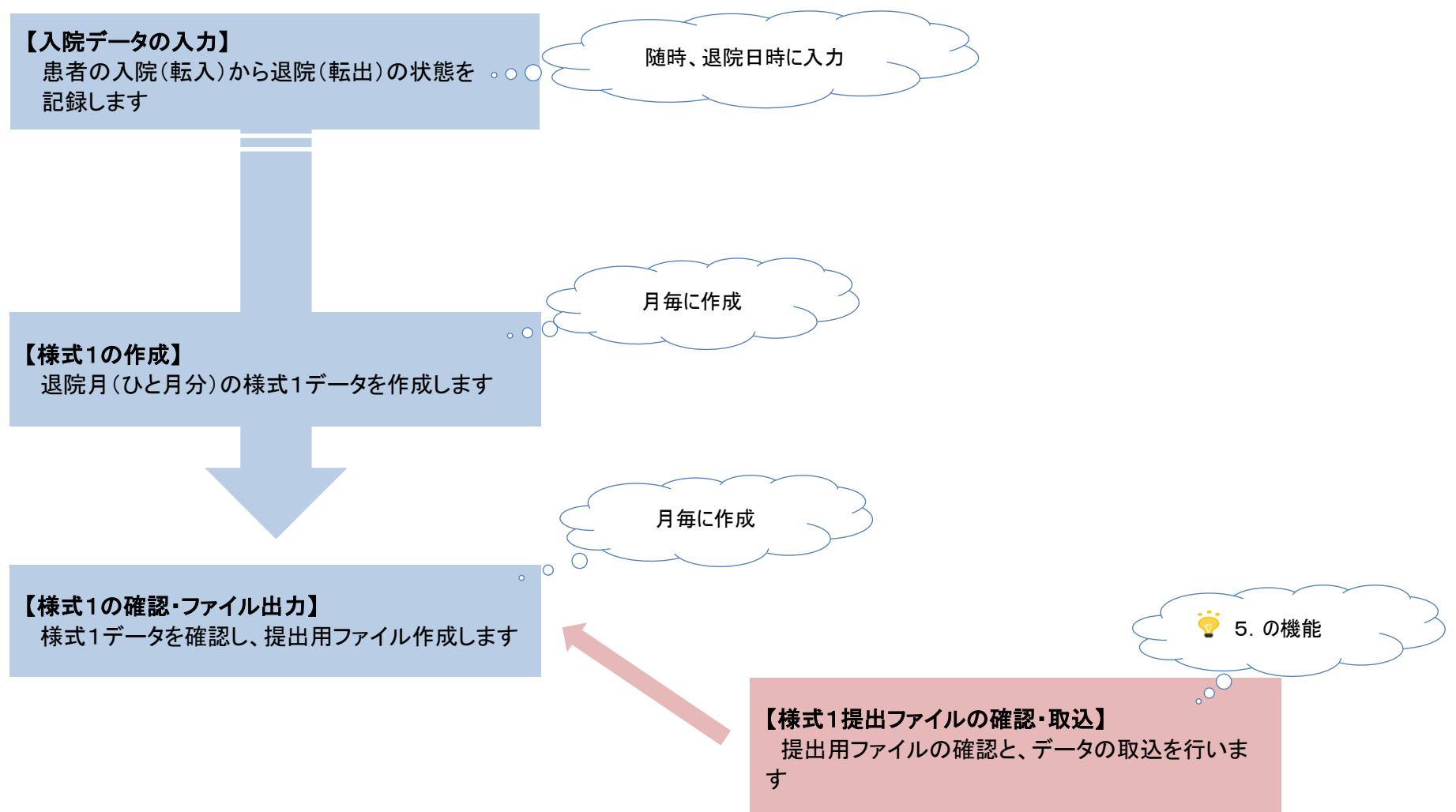
◆ ミミズクさんとは ◆

「DPC導入評価に係る調査」及び、「データ提出加算の届出」に必要な様式1データを作成するシステムです。

【主な機能】

- 💡 1. 患者の入院データ(入退院情報)を入力すると、退院月には様式1データを自動で作成できます。転棟、同一疾病で7日以内の再入院、及び、一連の様式1データも作成します。これにより、様式1データを1から作成する必要はありません。
- 💡 2. 入院データの入力では、「DPC導入評価に係る調査」実施説明資料に沿った内容での入力、及び、チェックを行います。これにより、入力間違いを減らすことができます。
- 💡 3. 作成した様式1データを画面で修正することができます。新規登録、削除も可能です。新規登録、修正では入院データの入力と同様のチェックを行います。
- 💡 4. 様式1データを提出データ形式に従ってファイルへ出力します。
- 💡 5. 過去に提出された様式1ファイルのデータを取り込むことができます。自動作成した様式1データと同様に、修正することができます。  
※平成26年度より記録方式が変更になりましたので、平成26年度より前のデータの取り込みはできません。

◆ 主な流れ ◆



◆ 動作環境 ◆

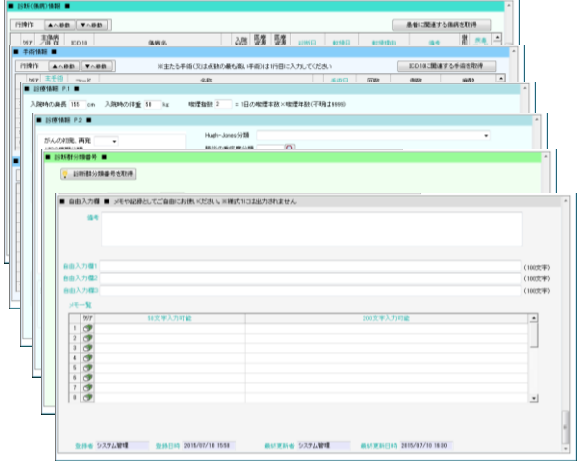
- ・Windows 8、Windows 10(推奨)、Windows 11 ※開発・動作確認はWindows 10で行っています
- ・Microsoft .Net Framework4.5 ※Language Packも必要です  
(Microsoft .Net Frameworkの「4.5」以上が動作するOSにインストールすることができます)
- ・スタンドアロン版  
データベースはMDB (Microsoft Accessのインストールは不要)
- ・LAN版  
データベースは SQLServer2019 Express

※最新情報は弊社ホームページをご覧ください

# ◆ 画面構成 ◆

## 【入院データの入力】

INDEXの選択、又は、スクロールで診断情報や手術等の入力画面を表示



## 【様式1の作成】

患者を選択し、退院年月の様式1データを作成。

退院年月の対象データを表示

## 【様式1の確認・ファイル出力】

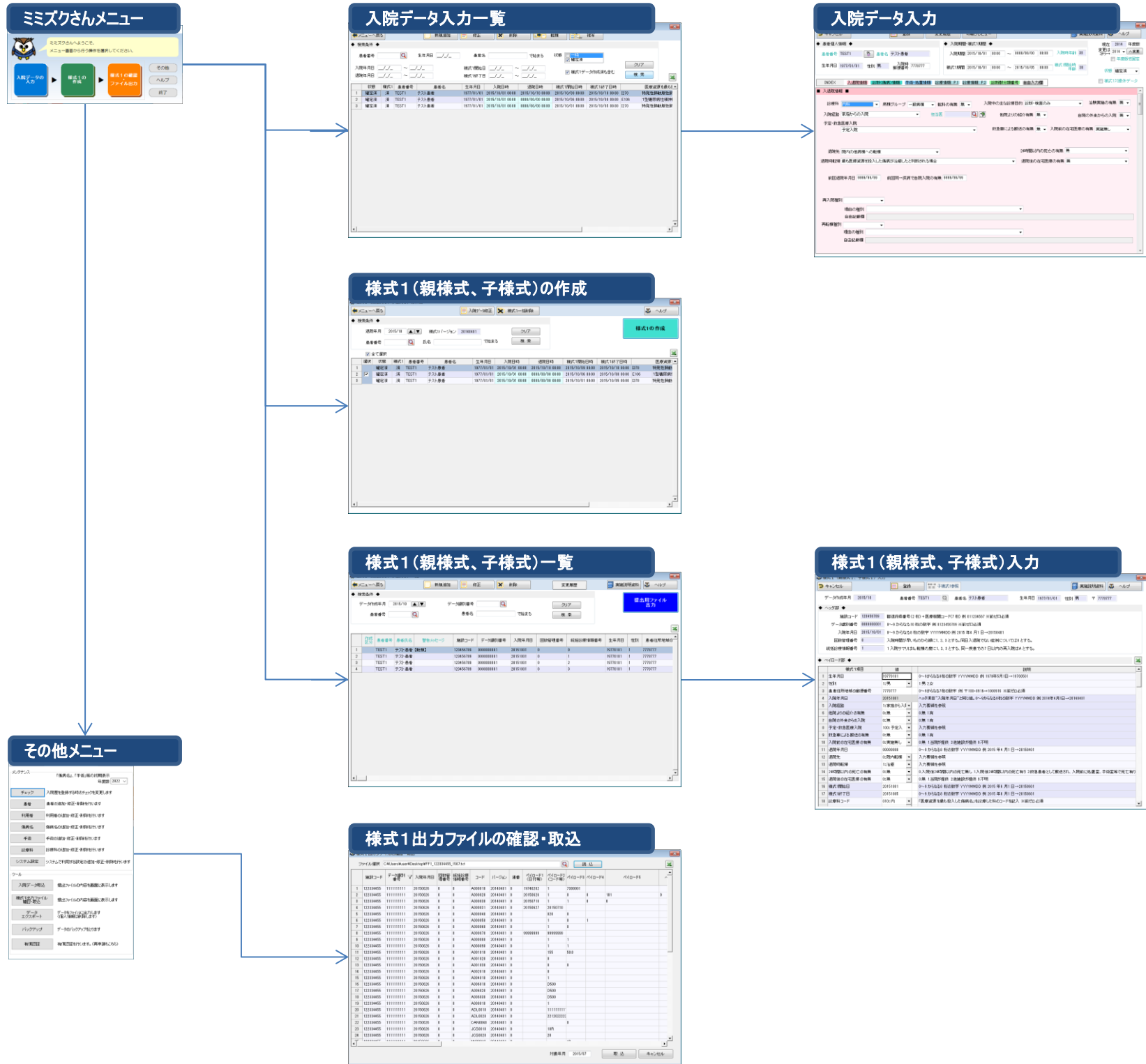
様式1データの新規追加、修正、削除機能

データ作成年月(退院年月)の様式1データを提出ファイルに出力

作成した様式1データを表示

項目毎に値を入力

◆ 画面遷移 ◆

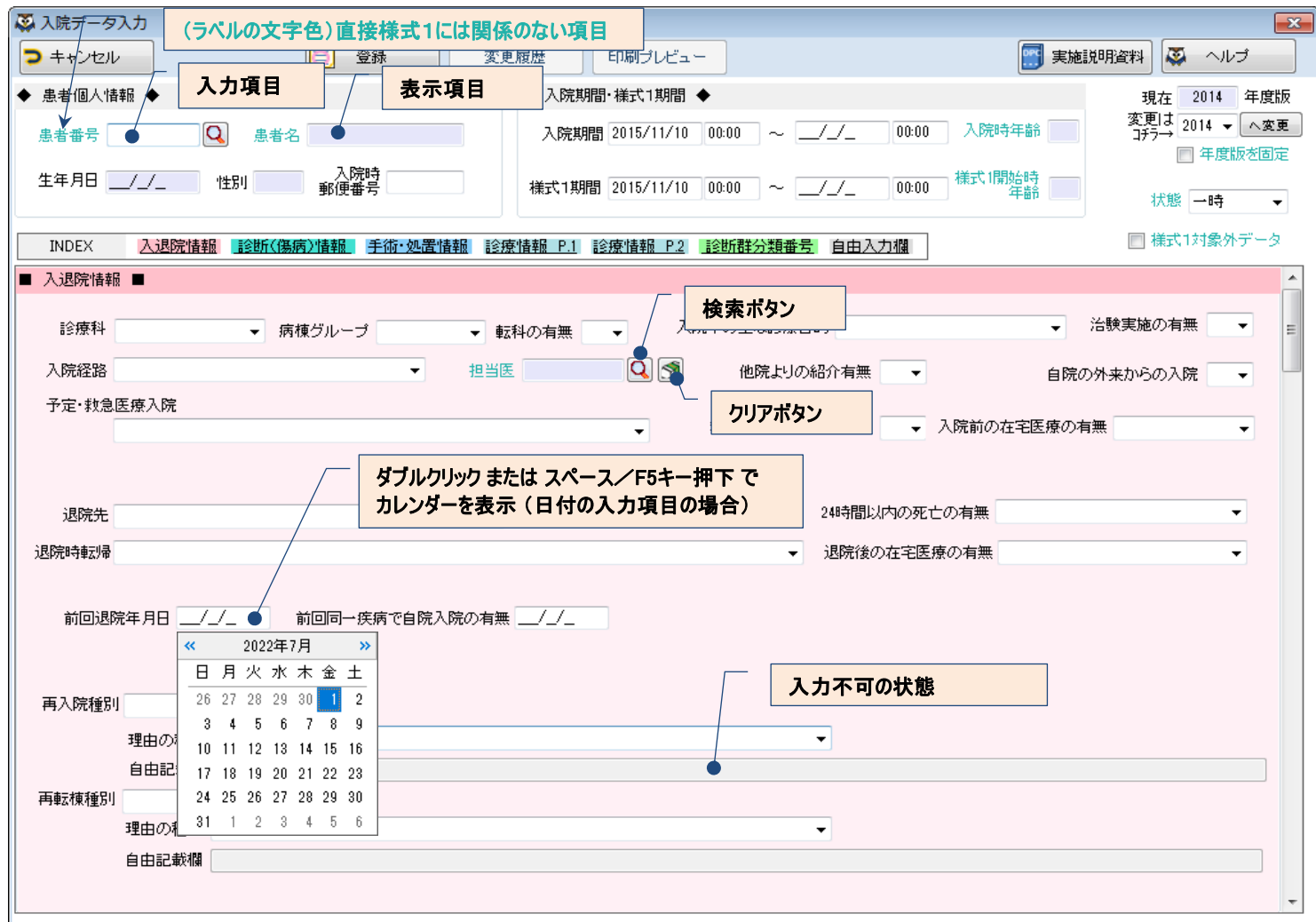
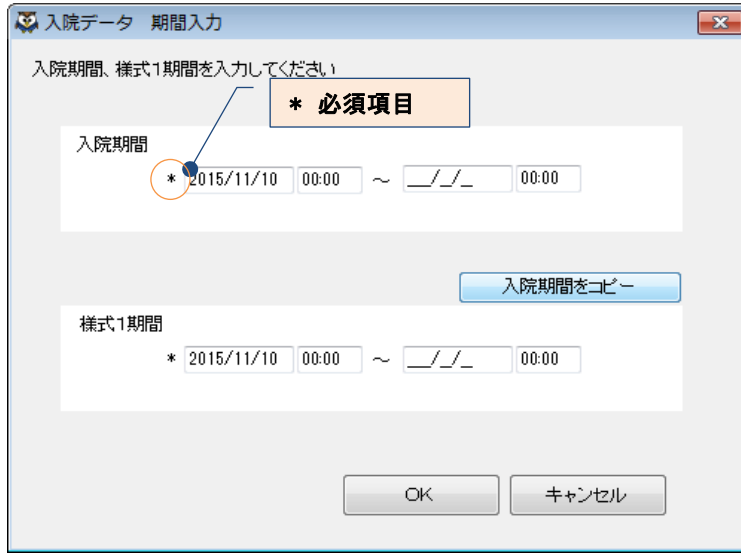


## ◆ メニュー ◆

はじめに	..... P.6
1. 初期設定	
「施設コード」	..... P.7
「患者情報」	..... P.8
「担当医(利用者情報)」	..... P.9
2. 入院データの入力	..... P.10
3. 様式1の作成	..... P.15
4. 様式1の確認・ファイル出力	..... P.16
5. その他メニュー	..... P.17
～ 便利機能 ～	
● 入院データの印刷	..... P.19
● 入力ガイドの表示	..... P.20
● 入院データの初期値の設定	..... P.21
● チェックの変更	..... P.24
● Excel取込時の設定 「データ識別番号を前ゼロ形式で取り込む設定」	..... P.25
● 参照権限の設定	..... P.26
● 入院データの取込	..... P.28
～ 補足 ～	
● 様式1作成仕様(2016年度版)	..... P.38
● 様式1作成仕様(2018年度版)	..... P.40
● 様式1作成仕様(2020年度版)	..... P.43
● 様式1作成仕様(2022年度版)	..... P.46

— 画面説明 —

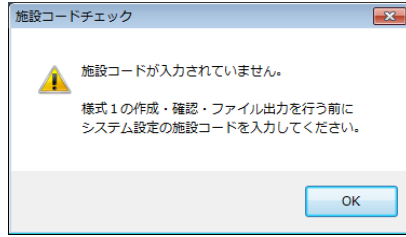
文字色、背景色、記号、ボタン等の意味をご説明します



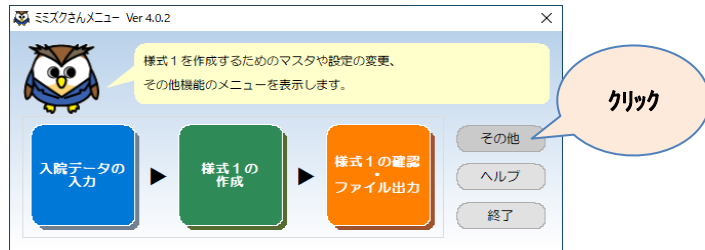
## 1. 初期設定

### 「施設コード」

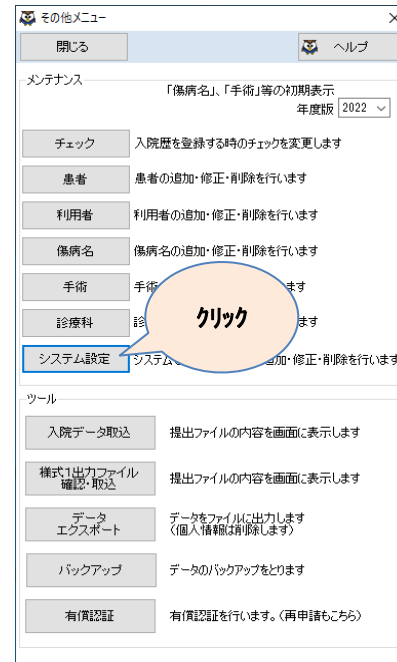
ミズクさんを起動すると「施設コードが入力されていません」メッセージが表示されます。  
 様式1に出力する施設コード「都道府県番号(2桁) + 医療機関コード(7桁)」を設定してください。



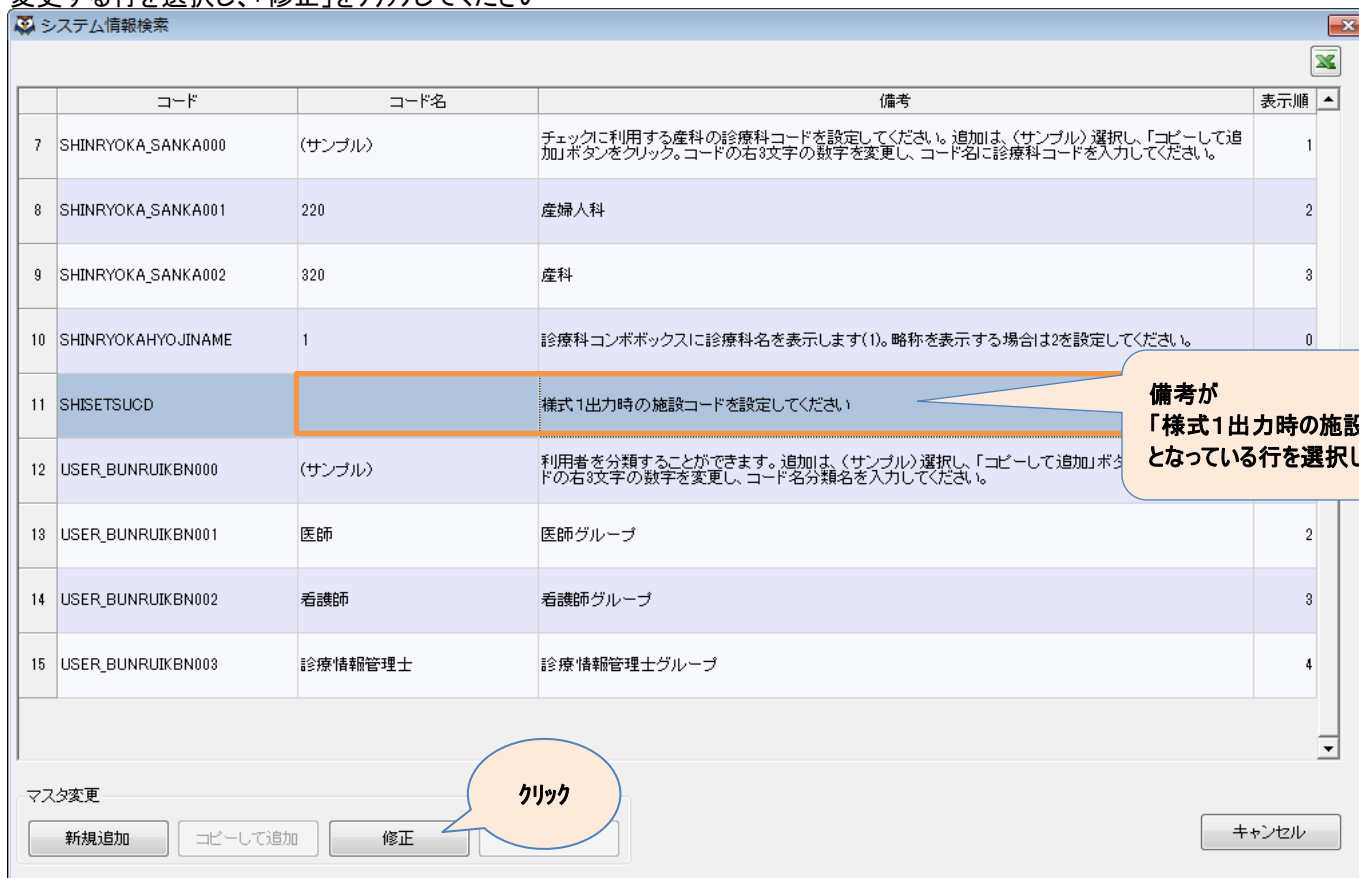
(操作手順)  
 ミズクさんメニューの「その他」をクリックしてください



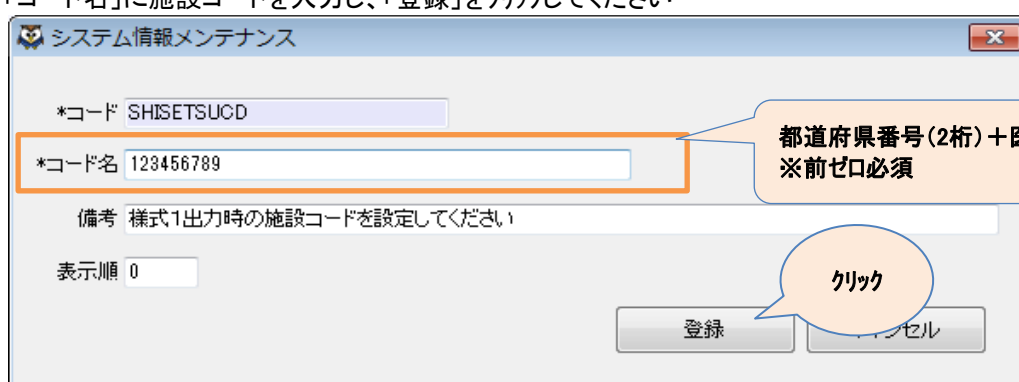
その他メニューの「システム設定」をクリックしてください



変更する行を選択し、「修正」をクリックしてください



「コード名」に施設コードを入力し、「登録」をクリックしてください

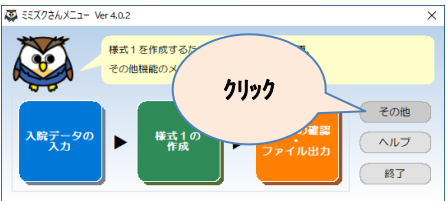


登録が完了しますと、システム情報検索画面に戻りますので、「キャンセル」をクリックしてミズクさんメニューまで戻ってください

## 「患者情報」

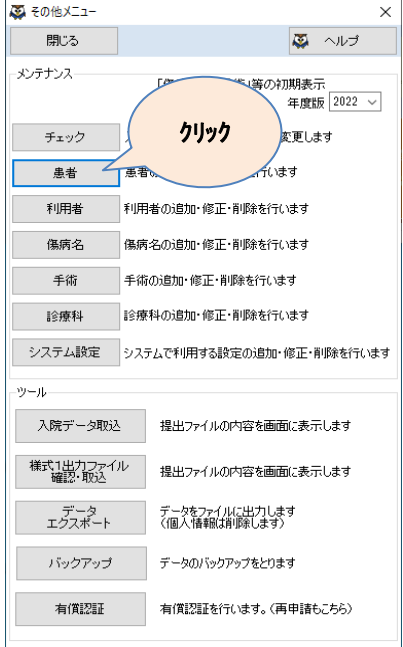
ミズクさんでは患者情報を管理します。  
事前に患者情報を登録してください。※入院データ入力中でも登録は可能です。

(操作手順)メンテナンスより  
ミズクさんメニューの「その他」をクリックしてください



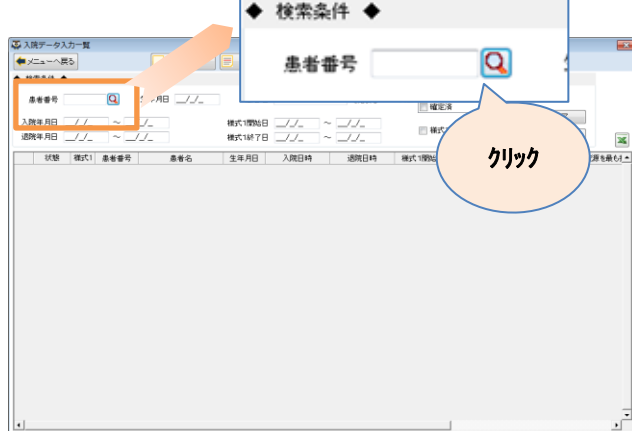
クリック

その他メニューの「患者」をクリックしてください




クリック

(操作手順)入院データ入力より  
入院データ入力一覧、入院データ入力の  
患者番号横の検索ボタンをクリックしてください

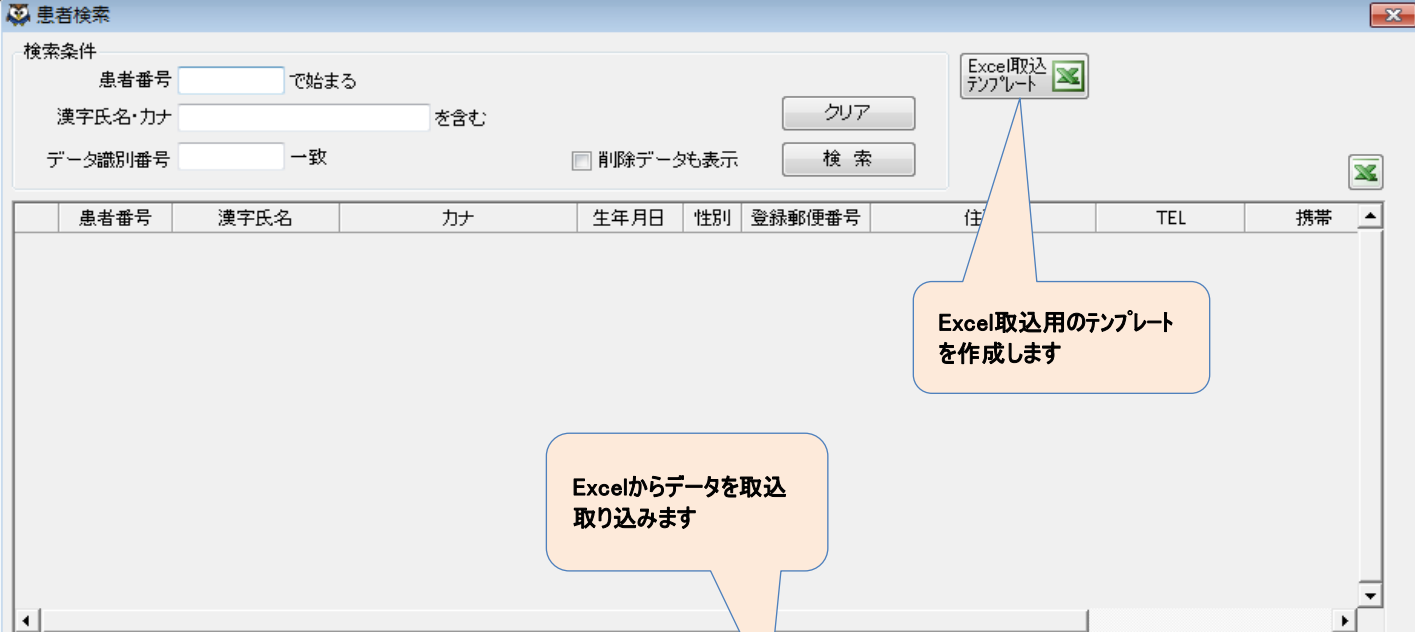


クリック



クリック

「新規追加」又は、コピー元の患者を選択して「コピーして追加」をクリックしてください  
※一度に複数の患者を登録する場合は、Excelからの取込も可能です。  
その場合は事前に「Excel取込テンプレート」よりデータを作成し、「Excel取込」にて、作成したExcelを指定して取り込んでください。




Excel取込用のテンプレートを作成します

Excelからデータを取込取り込みます

新規に登録します

コピーしたい患者を選択して追加します




クリック



## 「担当医(利用者情報)」

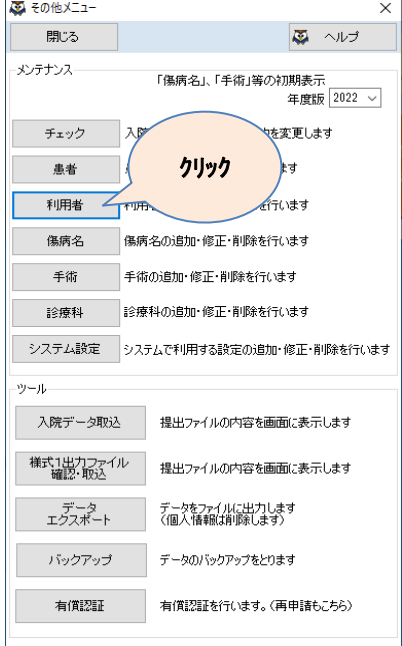
ミズクさんでは担当医(利用者情報)を管理します。  
 事前に担当医(利用者情報)を登録してください。※入院データ入力中でも登録は可能です。  
 初期ではシステム管理者のみ登録しております。

(操作手順)メンテナンスより  
 ミズクさんメニューの「その他」をクリックしてください



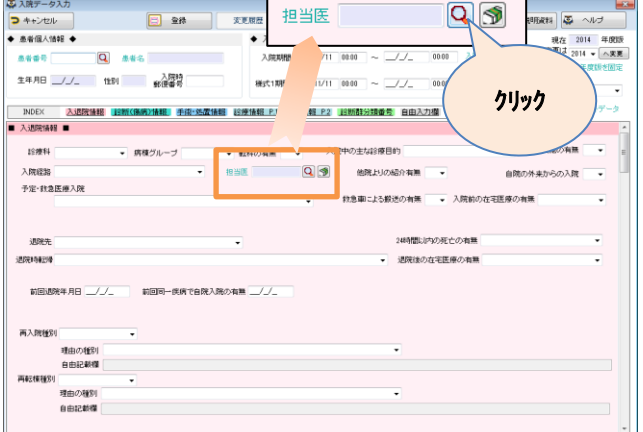
クリック

その他メニューの「利用者」をクリックしてください



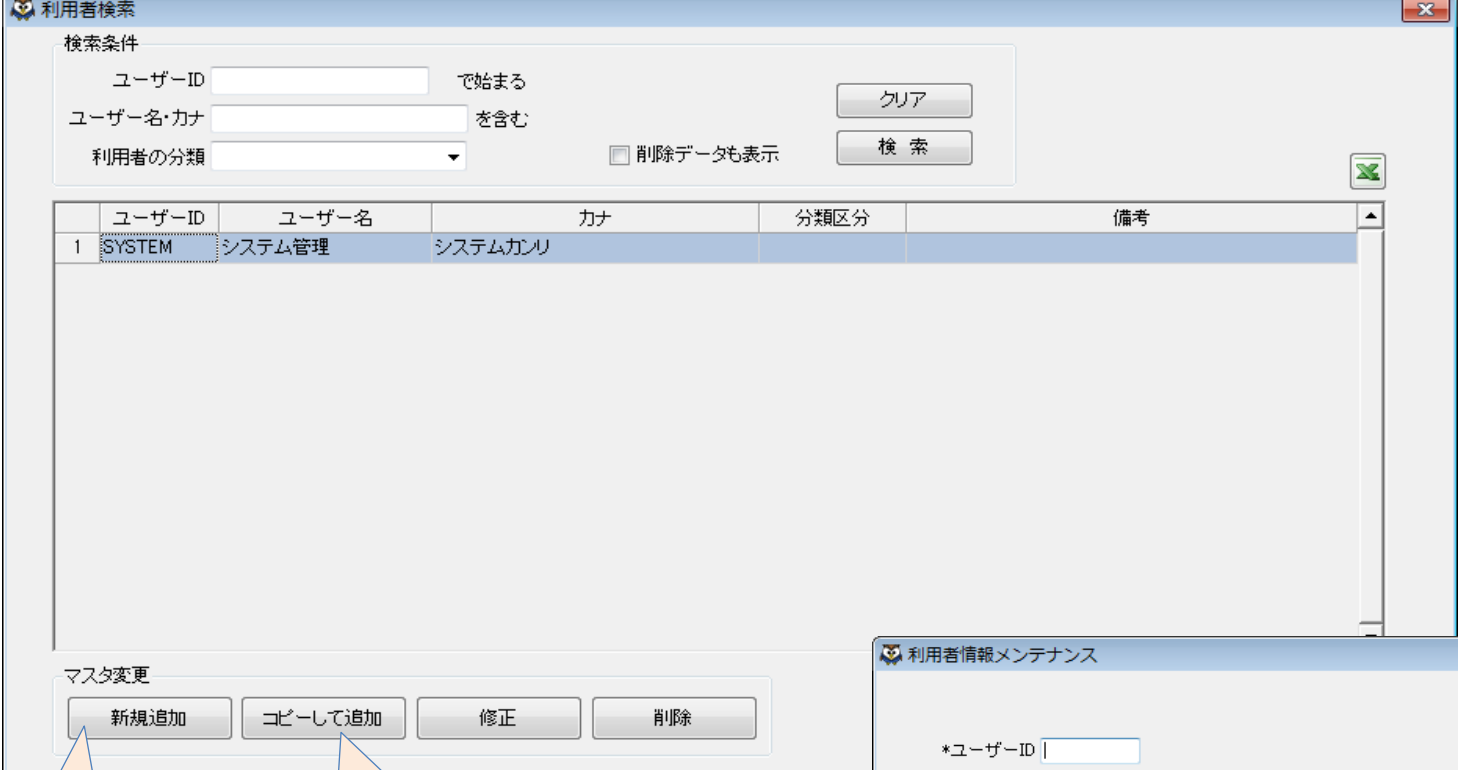
クリック

(操作手順)入院データ入力より  
 入院データ入力の  
 担当医横の検索ボタンをクリックしてください



クリック

「新規追加」又は、コピー元の担当医(利用者情報)を選択して「コピーして追加」をクリックしてください



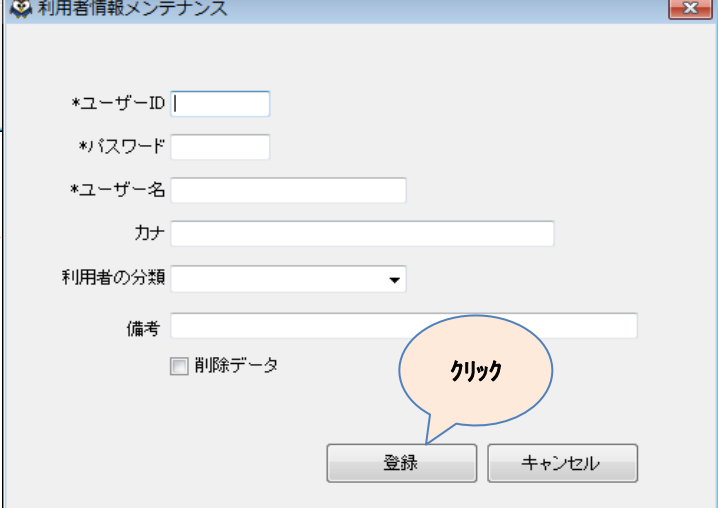
	ユーザーID	ユーザー名	カナ	分類区分	備考
1	SYSTEM	システム管理	システムカンリ		

マスタ変更

新規追加    コピーして追加    修正    削除

新規に登録します

コピーしたい担当医(利用者情報)を選択して追加します



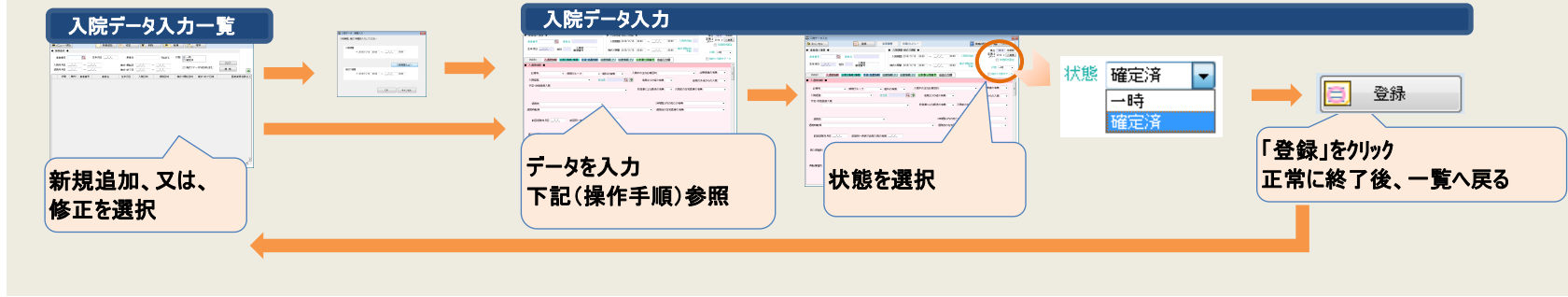
クリック

登録    キャンセル

## 2. 入院データの入力

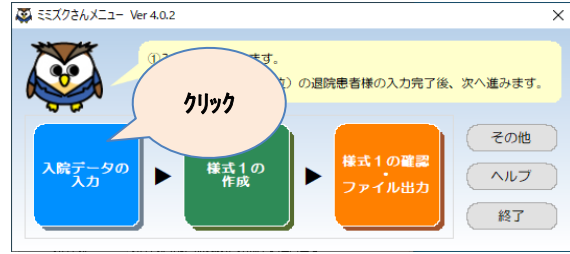
患者の入院(転入)から退院(転出)の状態を記録します

(流れ)

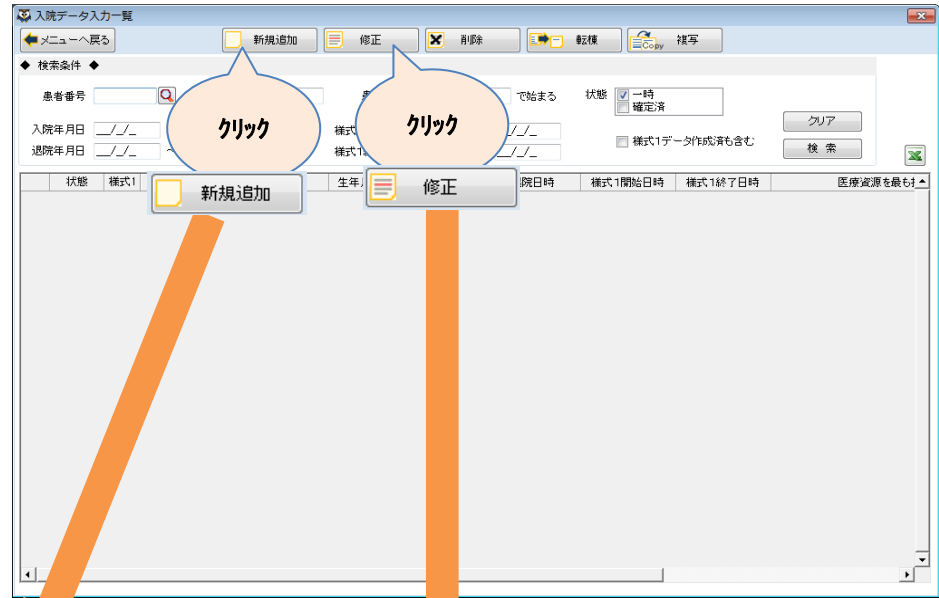


(操作手順)

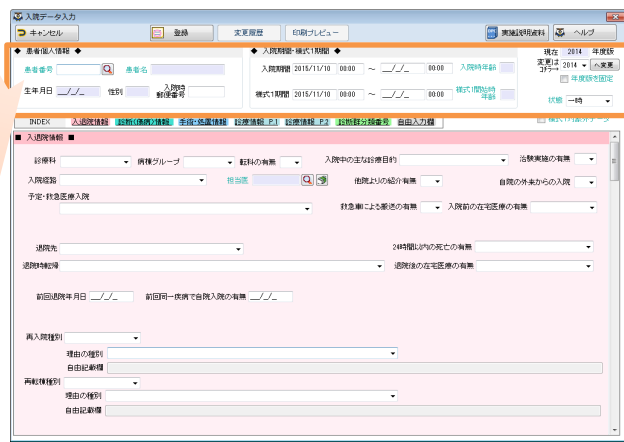
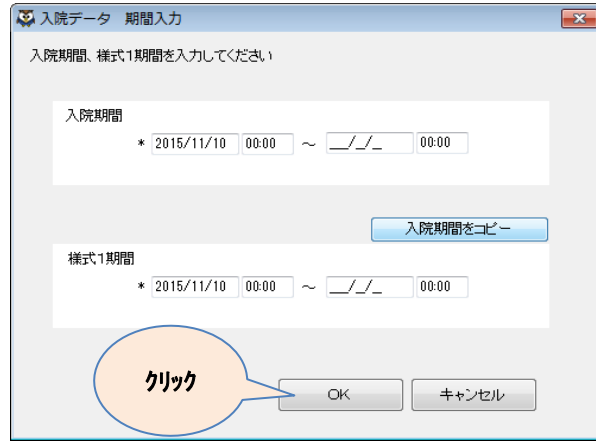
ミミズクさんメニューの「入院データの入力」をクリックしてください



新しく入力する場合は、「新規追加」をクリック、修正の場合は、対象行を選択し「修正」をクリック、又は、対象行をダブルクリックしてください



入院期間、様式1期間を入力し、「OK」をクリックしてください



患者個人情報と入院期間・様式1期間を入力してください



新規追加では、患者個人情報を検索して設定してください。

修正では、患者の変更はできません。

患者情報メンテナンスを表示します

最新の患者情報(患者の氏名、生年月日、性別)に変更する場合は「DL」ボタンをクリックすると上書きします

入退院情報を入力してください

INDEX 「入退院情報」をクリックすると表示します

INDEX 入退院情報 診断(傷病)情報 手術・処置情報 診療情報 P.1 診療情報 P.2 診療情報 P.3 診断群分類番号 自由入力欄

入退院情報

診療科 病種グループ 転科の有無 入院中の主な診療目的 治療実施の有無

入院経路 担当医 他院よりの紹介有無 自院の外来からの入院

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・自殺企図の有無 過去の自傷行為・自殺企図の有無

24時間以内の死亡の有無

退院先 退院時転帰 退院後の在宅医療の有無

前回の退院年月日 前回の同一傷病で自院入院の有無

再入院種別 理由の種別 自由記載欄

再転種別 理由の種別 自由記載欄

難病 告示番号 医療費助成

担当医を利用者検索から選択します。



診断(傷病)情報を入力してください

INDEX 「診断(傷病)情報」をクリックすると表示します

INDEX 入退院情報 診断(傷病)情報 手術・処置情報 診療情報 P.1 診療情報 P.2 診療情報 P.3 診断群分類番号 自由入力欄

診断(傷病)情報

患者に関連する傷病を取得

行操作	主傷病 併存 後発	ICD10	傷病名	入院 契機	医療 資源 最高	医療 資源 番号	診断日	転帰日	転帰理由	備考	樹形 図	疾患 コード
1	主傷病											
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

病名付加

患者の診断(傷病)歴を表示します。選択も可能です。※選択した場合、選択内容で一覧を上書きします。



傷病名検索画面を表示します。1件ずつの選択です。



各行の樹形図を表示します。



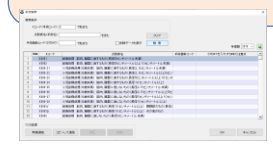
手術・処置情報を入力してください

INDEX「手術・処置情報」をクリックすると表示します

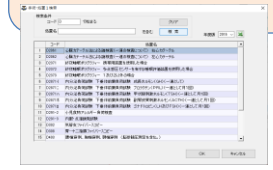
ICD10に関連する手術を表示します。選択も可能です。※選択した場合、選択内容で一覧を上書きします。



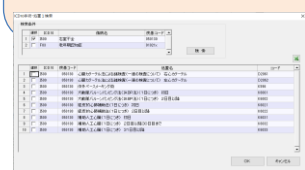
手術検索画面を表示します。1件ずつの選択です。



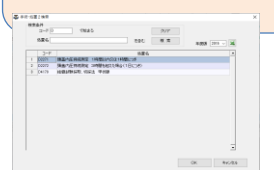
処置1検索画面を表示します。1件ずつの選択です。



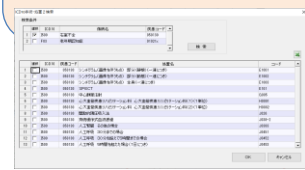
ICD10に関連する処置1を表示します。選択も可能です。※選択した場合、選択内容で一覧を上書きします。



処置2検索画面を表示します。1件ずつの選択です。



ICD10に関連する処置2を表示します。選択も可能です。※選択した場合、選択内容で一覧を上書きします。



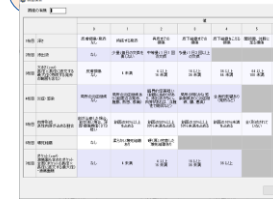
診療情報 P.1 を入力してください

INDEX「診療情報 P.1」をクリックすると表示します

ADLスコア画面を表示します。入院(棟)時、退院(棟)時のADLスコアを分類毎の所見から選択できます。



褥瘡検索画面を表示します。入院(棟)時、退院(棟)時の値を分類毎の所見から選択できます。



FIM検索画面を表示します。入棟時、退棟時のFIM得点を分類毎の所見から選択できます。



JCS検索画面を表示します。レベルの内容から選択できます。



JCS検索画面を表示します。レベルの内容から選択できます。



診療情報 P.2 を入力してください

INDEX 入院情報 診断(傷病)情報 手術・処置情報 診療情報 P.1 診療情報 P.2 診療情報 P.3 診断群分類番号 自由入力欄

がんの初発、再発  
UICC病期分類  
(T) (N) (M) (版)

Hugh-Jones分類  
肺炎の重症度分類  
分類コード 医療介護関連肺炎に該当

心疾患のNYHA心機能分類  
救急受診時のNYHA心機能分類  
治療室又は病種入室時のNYHA心機能分類

狭心症、慢性虚血性心疾患における入院時の重症度:CCS分類  
急性心筋梗塞における入院時の重症度:Killip分類

急性肺炎の重症度分類  
抗コブマナカチ細気管支炎の初回導入治療の有無

肝硬変のChild-Pugh分類  
Bil(mg/dl) Alb(g/dl) 腹水 脚腫 PT(%)

Burn Index  
II度熱傷面積 III度熱傷面積  
入院時GAF尺度  
精神保健福祉法における入院形態  
精神保健福祉法に基づく隔離  
精神保健福祉法に基づく身体拘束

INDEX「診断情報 P.2」をクリックすると表示します

肺炎検索画面を表示します。重症度の判断基準から選択できます。

急性肺炎検索画面を表示します。重症度の判断基準から選択できます。

がんStage分類検索画面を表示します。部位毎の分類値から選択できます。

GAF検索画面を表示します。GAFの所見から選択できます。

診療情報 P.3 を入力してください

INDEX 入院情報 診断(傷病)情報 手術・処置情報 診療情報 P.1 診療情報 P.2 診療情報 P.3 診断群分類番号 自由入力欄

特定集中治療室管理料1もしくは2の算定あり 特定集中治療室管理料3もしくは4の算定あり 療養病種入院基本料の算定あり

(p)SOFAスコア(特定集中治療室)  
測定日 測定値  
入室日当日 入室日翌日 退室日

(p)SOFAスコア(敗血症)  
測定日 測定値  
治療開始日当日 治療開始日翌日

心不全の血行動態的特徴  
収縮期血圧 発症時期 心拍数 心調律

呼吸不全患者P/F比  
救急受診時のP/F比 治療室又は病種入室時のP/F比  
救急受診時の呼吸補助 治療室又は病種入室時の呼吸補助

要介護  
<開始> 算定開始日 低栄養の有無 摂食・嚥下機能障害の有無 経管・経静脈栄養の状況

<終了> 算定終了日 低栄養の有無 摂食・嚥下機能障害の有無 経管・経静脈栄養の状況

INDEX「診断情報 P.3」をクリックすると表示します

SOFAスコア画面を表示します。入室時、退室時のSOFAスコアを分類毎の所見から選択できます。

SOFAスコア画面を表示します。治療開始時のSOFAスコアを分類毎の所見から選択できます。

診断群分類番号が確認できます

INDEX「診断群分類番号」をクリックすると表示します

医療資源最高の診断群分類番号を取得します。

診断群分類番号の樹形図を表示します。



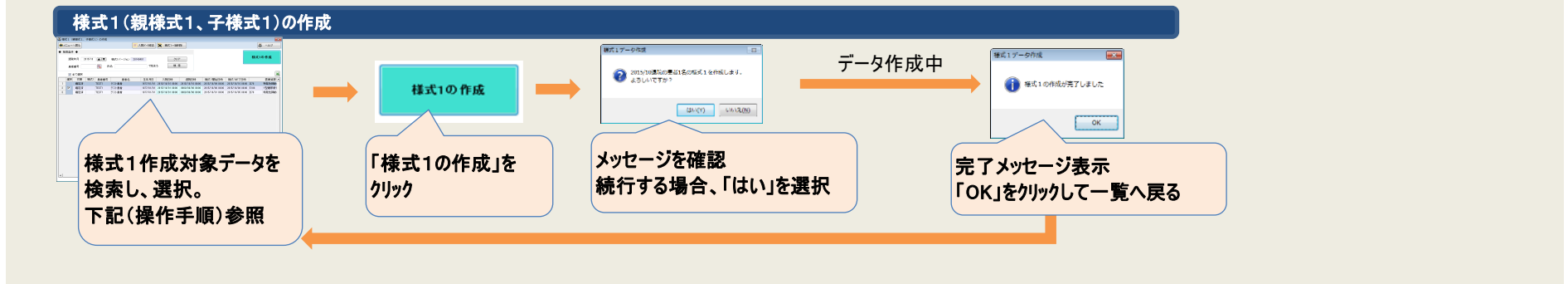
備考の入力ができます

INDEX「自由入力欄」をクリックすると表示します

### 3. 様式1の作成

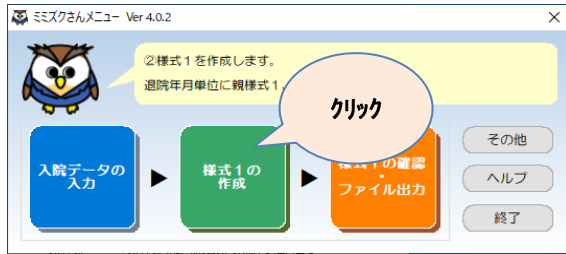
指定した退院年月の様式1を作成します。

(流れ)

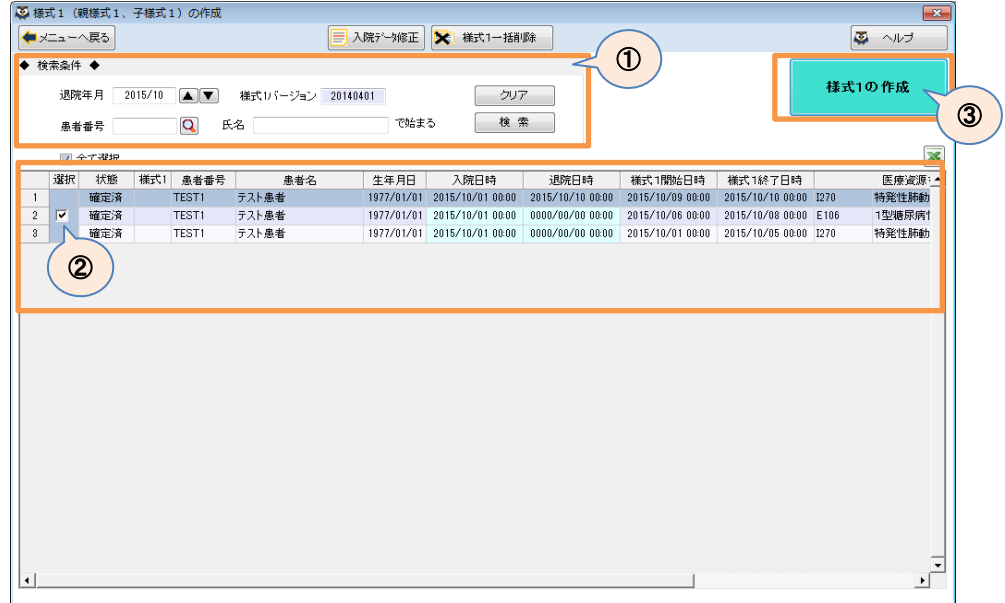


(操作手順)

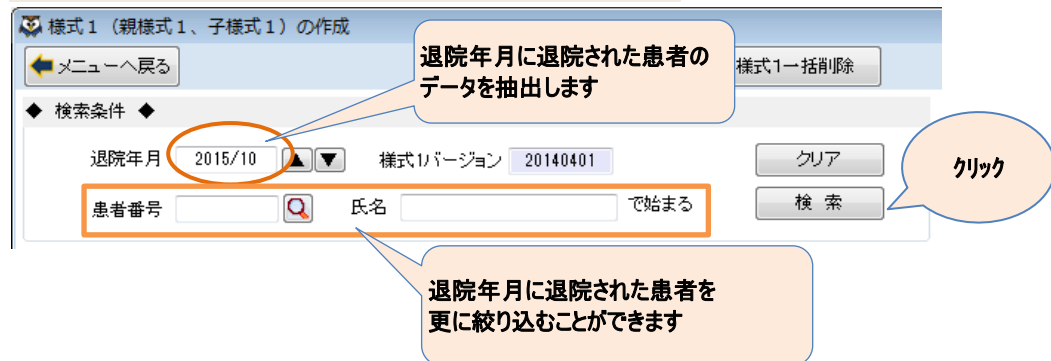
ミミズクさんメニューの「様式1の作成」をクリックしてください



①～③の手順で、対象患者を選択し、様式を作成してください



①対象データを抽出します。  
検索条件を入力し、「検索」をクリックしてください。



②対象患者を選択してください



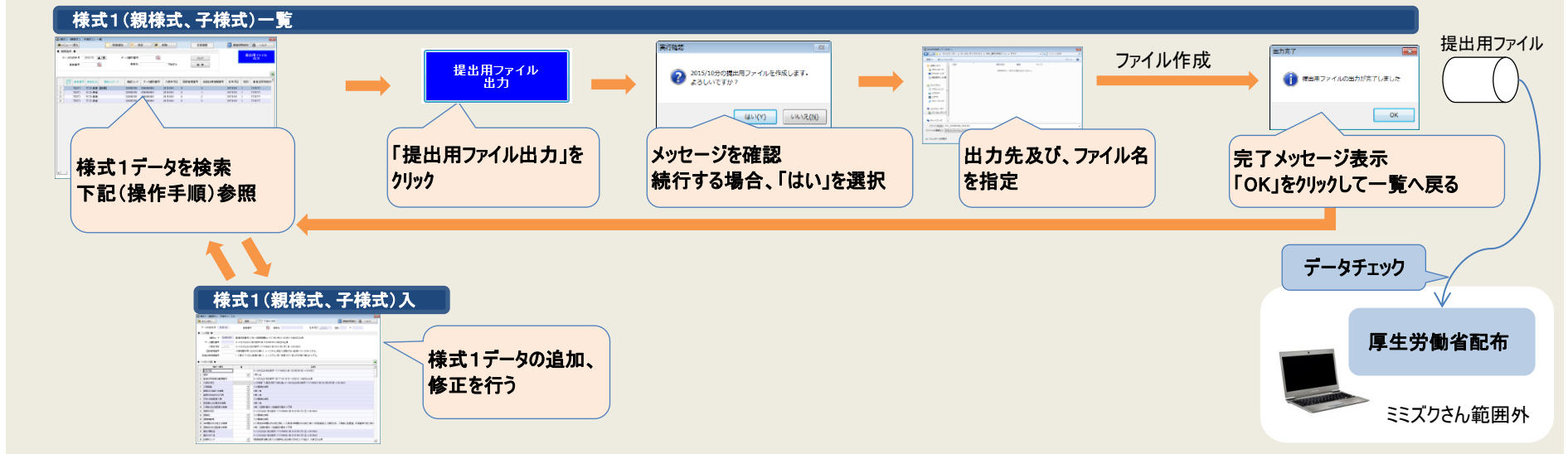
③「様式1の作成」をクリックしてください



#### 4. 様式1の確認・ファイル出力

作成した様式1データをファイルに出力します。様式1データを直接修正することも可能です。

(流れ)



(操作手順)

ミスズクさんメニューの「様式1の確認・ファイル出力」をクリックしてください

①～③の手順で、ファイルを作成してください

① 検索条件入力

② 提出用ファイル出力

③ クリック

①出力対象データを抽出します。  
検索条件を入力し、「検索」をクリックしてください。

指定された年月のデータを抽出します

データ作成年月 2020/02 ~ 2020/04

データ識別番号 患者番号 患者名 で始まる

入院年月日 様式1開始日

退院年月日 様式1終了日

データ作成年月のデータを更に絞り込むことができます

クリア

検索

クリック

②一覧を確認後、直接データの追加、修正、削除を行う場合は「新規追加」「修正」「削除」をクリックしてください

新規追加 修正 削除

削除確認

1行目を削除します。削除は元には戻せません。よろしいですか?

はい(Y) いいえ(N)

「はい」を選択すると元には戻せません

③「提出用ファイル出力」をクリックしてください  
指定された年月分のデータをファイルに出力します。(データ作成年月の範囲指定は出力に反映されません)

指定された年月のデータを出力します

データ作成年月 2020/02 ~ 2020/04

提出用ファイル出力

提出用ファイルは、の年月で作成します。

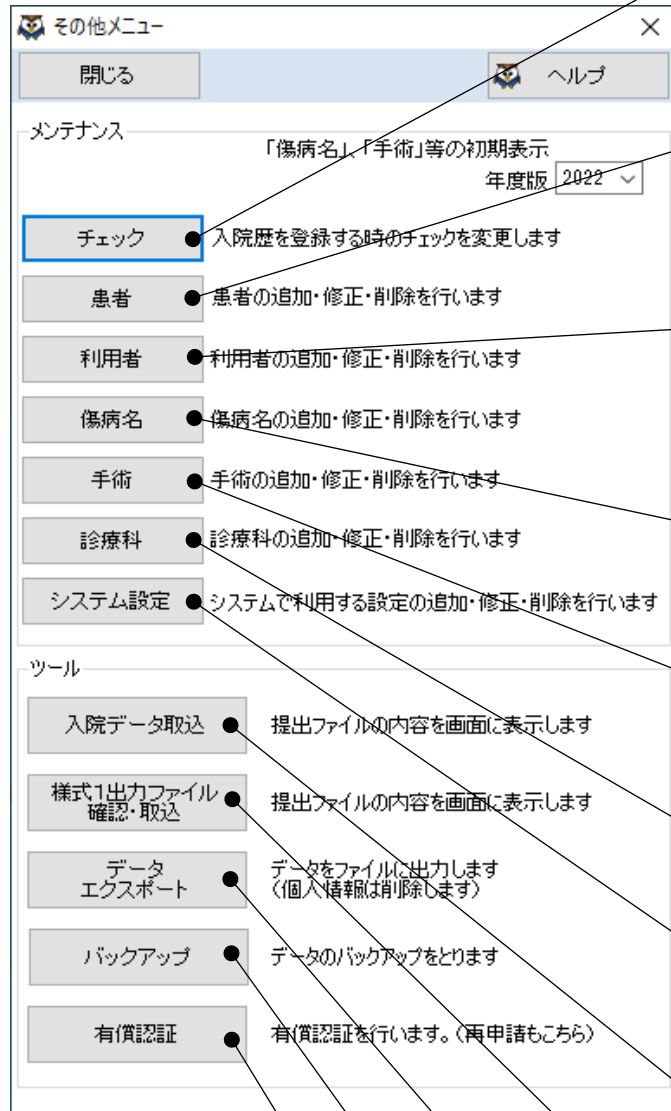
クリック

新規追加したデータには「⇒」がつきます

作成分	患者番号	患者氏名	対象年月	警告メッセージ	施設コード	データ識別番号	入院年月日	回数管理番号	統括診療情報番号	生年月日	性別	患者
1	PATTERN1	入院/タ-	202004	【転院】	123456789	9999900013	20200301	0	0	19800101	1	99999
2	PATTERN1	入院/タ-	202004		123456789	9999900013	20200301	0	3	19800101	1	99999
3	PATTERN2	入院/タ-	202004		123456789	9999900021	20200420	0	0	99999999	2	99999



その他メニューについてご説明します



**■チェック■**  
ほとんどのチェックは、状態「確定済」で登録する時に、実行するようになっております。そのチェックを「一時」の時にチェックしたい場合や、運用上不要のチェックがある場合に変更してください。※様式1のルールに基づいてチェックをしているものがありますので、ご注意ください。

**■患者■**  
患者番号横にある検索ボタンと同じ機能です。操作方法につきましては、「1. 初期設定「患者情報」」に記入しておりますのでご参照ください。



**■利用者■**  
ログインや、担当医等の利用者を登録する場合に利用します。担当医横にある検索ボタンと同じ機能です。操作方法につきましては、「1. 初期設定「担当医(利用者情報)」」に記入しておりますのでご参照ください。



**■傷病名■**  
マスタに反映される前に傷病名が必要になった場合や、同じICD10で傷病名を変更したい場合に利用します。マスタとは別にデータを登録します。登録しますと、一覧左端の「独自」に⇒(矢印)が表示されます

**■手術■**  
マスタに反映される前に手術名が必要になった場合や、同じKコードで手術名を変更したい場合に利用します。マスタとは別にデータを登録します。登録しますと、一覧左端の「独自」に⇒(矢印)が表示されます

**■診療科■**  
初期設定では、様式1で定義されている診療科が登録されています。病院様で利用されない診療科を削除したり、診療科を2つに分けたりすることができます。

**■システム設定■**  
詳細は下記をご参照ください

**■入院データ取込■**  
他のソフトやシステム(電子カルテや医事システムなど)から出力した入院データを、ミズクさんの入院データとして取り込むことができます。

**■様式1出力ファイル確認・取込■**  
出力された様式1ファイルを画面に表示し、ミズクさんに取り込むことができます。

**■データエクスポート■**  
問い合わせ等でデータが必要となった場合に、データをご依頼する場合があります。その際は個人情報が入らないデータエクスポートでのデータ出力をお願いします。

**■バックアップ■**  
ミズクさんのデータのバックアップを行います。前回バックアップから1か月を経過しますとミズクさん起動時にメッセージが出力されますので、こちらよりバックアップを行ってください。

**■有償認証■**  
有償認証の申込みをされた場合はこちらより認証を行います。操作は画面に従ってください。

システム情報検索		
	コード	コード名
1	FREELABELNAME01	自由入力欄1
2	FREELABELNAME02	自由入力欄2
3	FREELABELNAME03	自由入力欄3
4	LOGINKBN	0
5	MISHIYOSTATUS00	00
6	MISHIYOSTATUS09	09
7	SHINRYOKA_SANKA000	(サンプル)
8	SHINRYOKA_SANKA001	220
9	SHINRYOKA_SANKA002	320
10	SHINRYOKAHYOJINAME	1
11	SHISETSUCD	123456789
12	USER_BUNRUIKBN000	(サンプル)
13	USER_BUNRUIKBN001	医師
14	USER_BUNRUIKBN002	看護師
15	USER_BUNRUIKBN003	診療情報管理士

[FREELABELNAME01~03]  
 入院データ入力画面の自由入力欄のタイトルラベルが変更できます。  
 病院様の運用に合わせて、タイトルラベルを変更することができます。

[LOGINKBN]  
 初期値は0です。1に変更するとログイン画面が表示されます。  
 ※ログイン画面を表示する場合は、利用者情報を入力後に行ってください

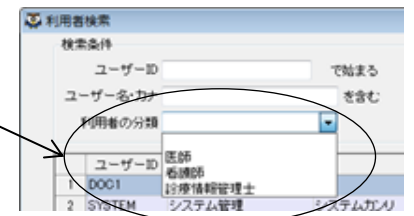
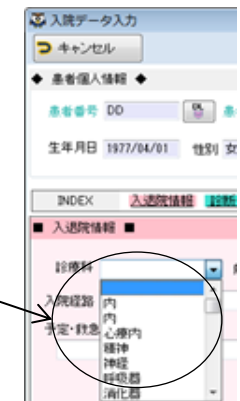
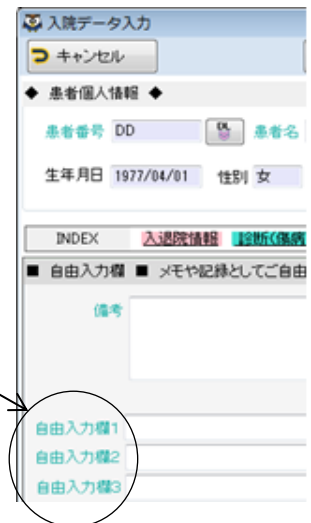
[MISHIYOSTATUS00, MISHIYOSTATUS09]  
 現在は未使用ですので、変更できません

[SHINRYOKA\_SANKA000~002]  
 チェックで産科のコードを利用しています。  
 現在登録の産科コードの他に、産科のコードがありましたらサンプルをコピーして登録してください。

[SHINRYOKAHYOJINAME]  
 診療科のリストを表示する際、正式名称を表示するか、略称を表示するかに設定ができます。  
 初期値は正式名称の表示になっています

[SHISETSUCD]  
 施設コードを入力します  
 入力方法は「1. 初期設定「施設コード」」をご参照ください

[USER\_BUNRUIKBNMI000~003]  
 利用者検索の利用者の分類のリストの変更ができます。  
 追加する場合は、(サンプル)をコピーして登録してください



「入院データ入力」画面では患者様の入院情報を印刷することができます。

**印刷プレビュー**

患者個人情報  
 患者番号 TEST1 患者名 てすと 患者1  
 生年月日 1977/04/01 性別 女 入院時郵便番号 7777777

入院期間・様式1期間  
 入院期間 2016/04/20 ~ 2016/04/20 入院時年齢 39  
 様式1期間 2016/04/20 ~ 2016/04/20 様式1開始時年齢 39

現在 2016 年度版  
 変更は 2016 年度版を固定  
 状態 一時

INDEX 入院情報 診断(傷病)情報 手術・処置情報 診療情報 P.1 診療情報 P.2 診断群分類番号 自由入力欄

診療科 内科 病種グループ 一般病種 転科の有無 有 入院中の主な診療目的 診断・検査のみ 治療実施の有無 無  
 入院経路 家庭からの入院 担当医 他院よりの紹介有無 無 自院の外来からの入院 無  
 予定・救急医療入院 予定入院 救急車による搬送の有無 無 入院前の在宅医療の有無 実施無し  
 自傷行為・自殺企図の有無  
 退院先 家庭への退院(当院に通院) 24時間以内の死亡の有無 無  
 退院時転帰 最も医療資源を投入した傷病が治癒したと判断される場合 退院後の在宅医療の有無 無

前回退院年月日 0000/00/00 前回同一疾病で自院入院の有無 (不明は00000000 初回入院は99999999) 及び同一傷病名

再入院種別 理由の種別 自由記載欄  
 再転種別 理由の種別 自由記載欄

**患者入院情報**

患者入院情報 (更新) 2016/06/27 16:52 医師 1

患者個人情報  
 患者番号 TEST1 患者名 てすと 患者1  
 1977/04/01 生れ 女 7777777

入院期間・様式1期間  
 入院期間 2016/04/20 ~ 2016/04/20 入院時年齢 39  
 様式1期間 2016/04/20 ~ 2016/04/20 様式1開始時年齢 39

診療科 内科 病種グループ 一般病種 転科 有 主な診療目的 診断・検査のみ 治療実施 無  
 入院経路 家庭からの入院 担当医 他院よりの紹介 無 自院の外来からの入院 無  
 予定・救急医療入院 予定入院 救急車搬送 無 入院前の在宅医療 実施無し  
 退院先 退院(当院通院) 自傷行為・自殺有無  
 退院時転帰 治療 24時間以内死亡 無  
 前回退院年月日 0000/00/00 前回同一疾病で自院入院の有無 0000/00/00 退院後の在宅医療 無

再入院種別 理由の種別 自由記載欄  
 再転種別 理由の種別 自由記載欄

診断(傷病)、手術、処置、診療情報

ICD10 傷病名	入院	診断日	転科日	転科理由	備考
J010 咽頭炎	●				
J100 肺炎(細菌性)					
J101 インフルエンザ(H1N1)2009					
I350 心臓病		1			
I351 高血圧性心不全		2			

コード	手術名	手術日	回数	回数	麻酔
主					

コード	処置1名	処置日	コード	処置2名	処置日

身長(cm) 体重(kg) 155 60  
 喫煙指数 0  
 ADLx7 入院時 1111111111 退院時 2212122222  
 認知症高齢者の日常生活自立度 入院時 1 退院時 0  
 JCS 入院時 無 退院時 無  
 入院時の経路 入院時 無 退院時 無  
 出生時体重(kg) 入院時 無 退院時 無  
 入院時の分岐の有無 入院時 無 退院時 無  
 分娩時出血量(ml) 入院時 無 退院時 無  
 がんの初発・再発 (T) (N) (M) (R) 入院時 無 退院時 無  
 UICG (T) (N) (M) (R) 入院時 無 退院時 無  
 がんのStage分類 入院時 無 退院時 無  
 化学療法 入院時 無 退院時 無  
 テモロミド Bumindex

発症前 Rankin Scale  
 脳卒中の発症時期  
 退院時 modified Rankin Scale  
 Hugh-Jones分類  
 肺炎の重症度分類/医療介護関連肺炎  
 NHA心機能分類  
 狭心症、慢性虚血性心疾患における入院時の重症度  
 急性心筋梗塞における入院時の重症度  
 急性肺炎の重症度分類  
 抗リウマチ分子標的薬  
 心不全の発症時期  
 収縮期血圧  
 血管動脈的 心拍数 心臓律  
 特徴 肝臓変のChild-Pugh分類  
 入院時GAF  
 痛神保徳福祉法における入院形態  
 痛神保徳福祉法に基づく簡便日数  
 痛神保徳福祉法に基づく身体拘束日数

発症	入院日	退院日	入院時FIM	退院時FIM	入院時MDS	退院時MDS
	2016/04/20	2016/04/20		2	9	9
	2016/04/20	2016/04/20	9		7	7
	2016/04/20	2016/04/20		7		4

repNyuinData A4 (210x297mm) : 縦

入力ガイドを表示することで、入院データのどの項目を入力すればよいかを確認することができます。

※クリックの代わりに「F3」キーの押下でも入力ガイド画面を表示できます。

入力が必要な項目の一覧を表示します。

※入力ガイドの表示内容は自動的に更新されません。  
表示内容を更新する場合は、入力ガイド画面の「最新情報に更新」ボタンをクリックするか、入院データ入力画面から「入力ガイド」ボタンをクリック、または、F3キーを押下してください。

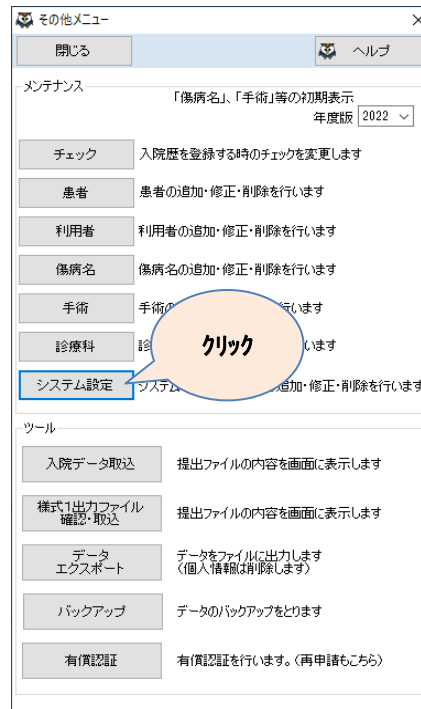
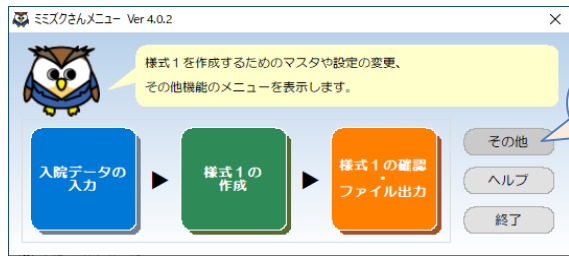
新規で入院データを入力する際の初期値を設定することができます

(操作手順)

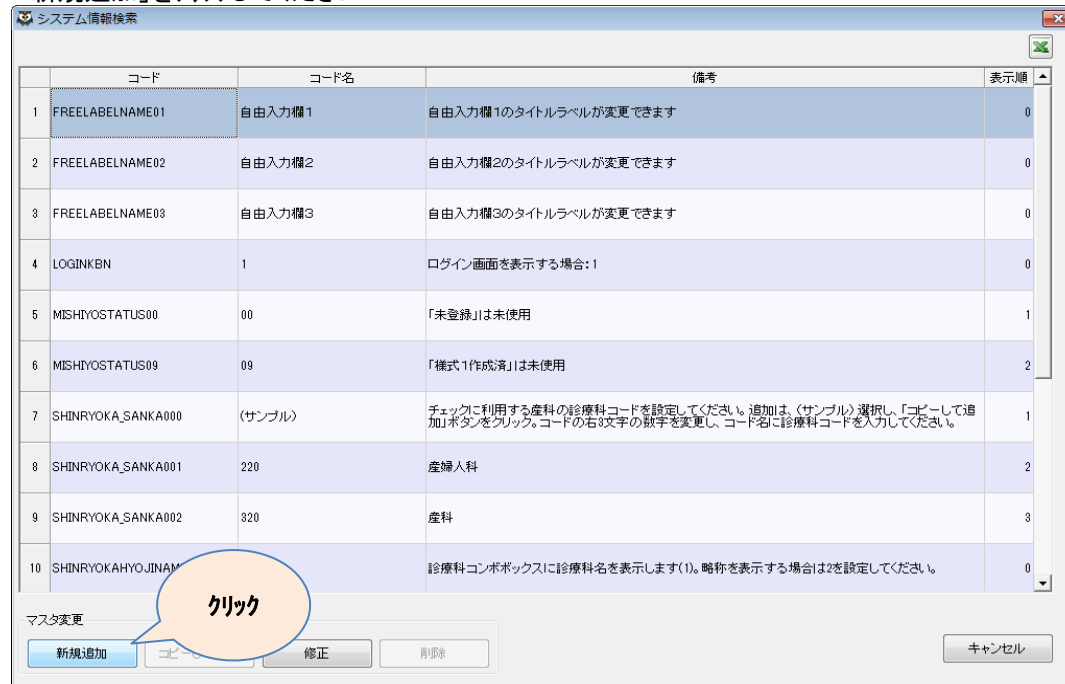
1. どの患者番号のデータを初期値として利用するかを設定を行います

ミズクさんメニューの「その他」をクリックしてください

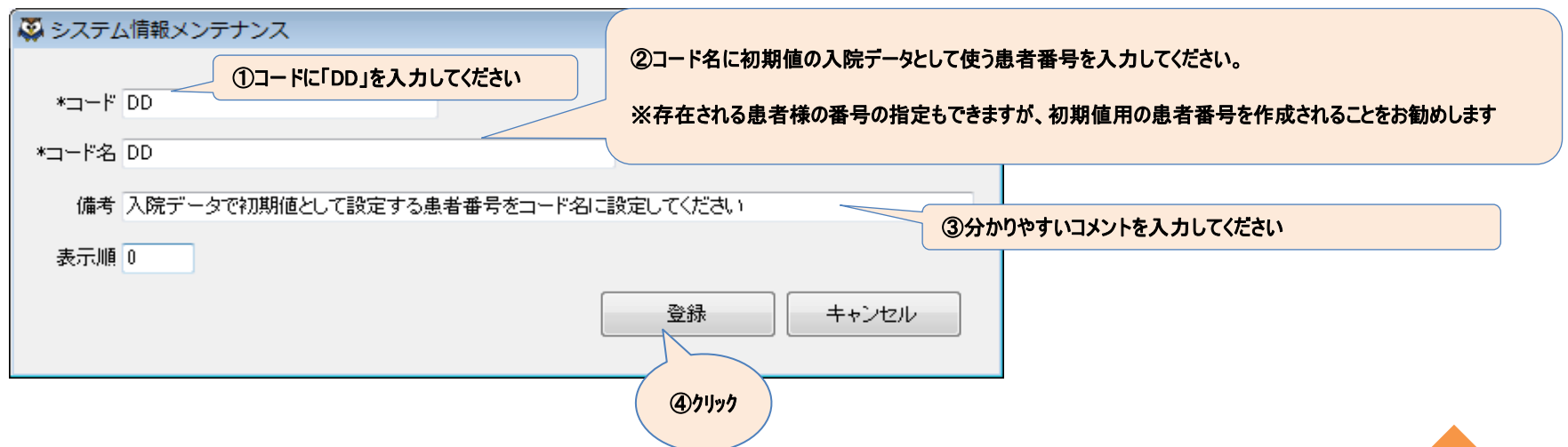
その他メニューの「システム設定」をクリックしてください



「新規追加」をクリックしてください



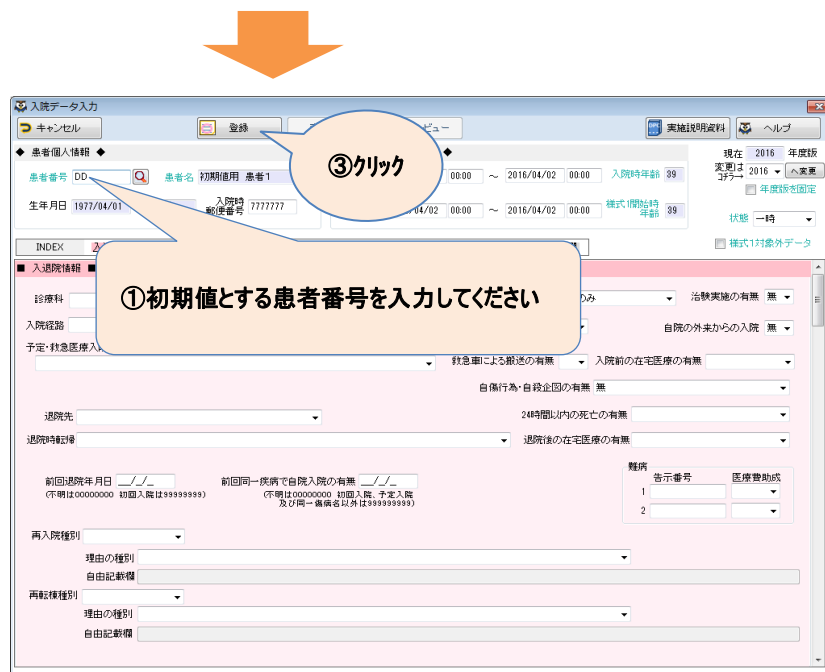
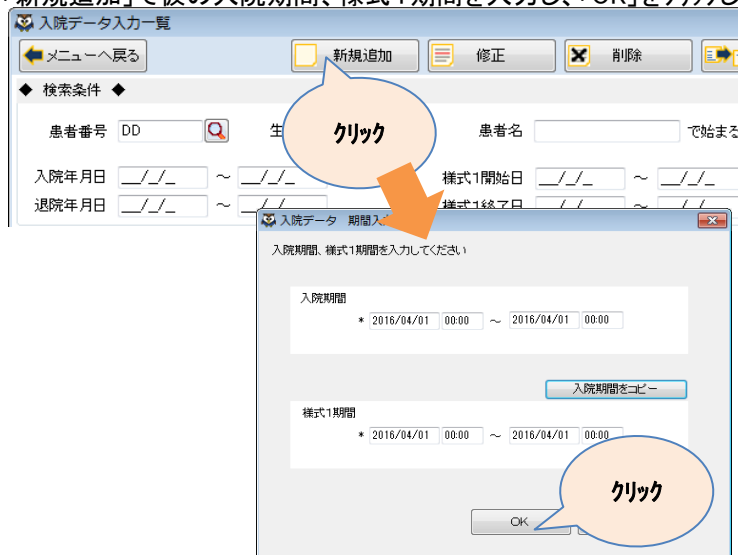
初期値のデータとする患者番号を設定します。  
以下の内容を入力し、「登録」をクリックしてください



登録が完了しますと、システム情報検索画面に戻りますので、「キャンセル」をクリックしてミズクさんメニューまで戻ってください

2. 1. で設定した患者番号で初期値とするデータを登録します

「新規追加」で仮の入院期間、様式1期間を入力し、「OK」をクリックします



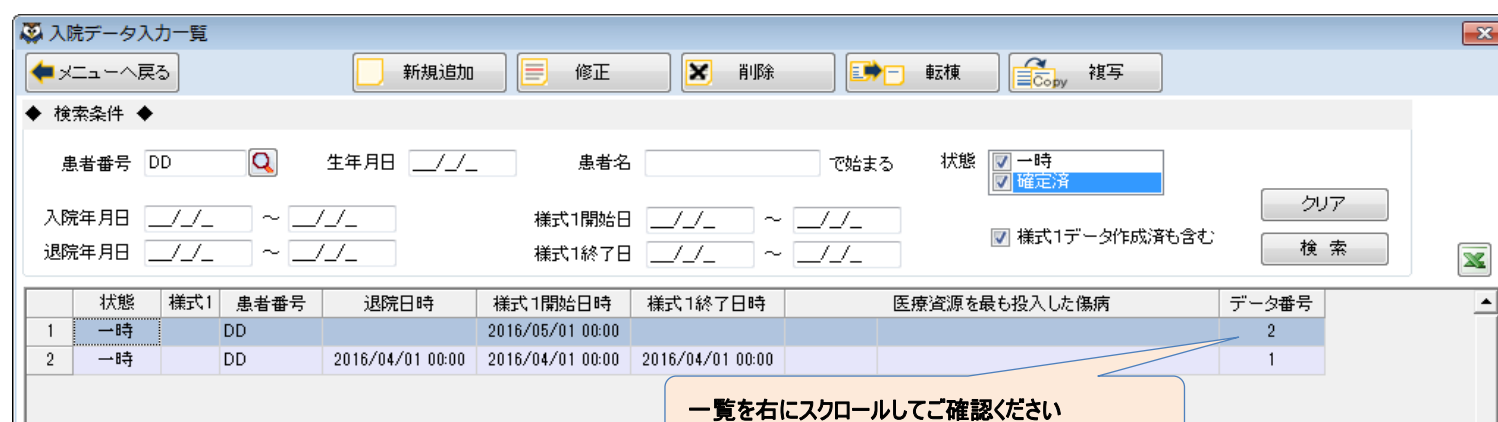
3. 初期値となるデータの確認をします

「入院データ入力一覧」画面で初期値に設定した患者番号で検索してください  
一覧にデータが表示されれば完了です。



一覧にデータが表示されることを確認してください

※データが複数ある場合はデータ番号が大きいものが表示されます



初期値となるデータが一覧に表示されなかった場合。。。

- 初期値に設定した患者番号は存在しますか？  
→患者番号横の検索ボタンをクリックして登録してください

入院データ入力一覧

メニューへ戻る

検索条件

患者番号 DD 生年月日

入院年月日 ~



患者検索

検索条件

患者番号 で始まる

漢字氏名/カナ 含む

データ識別番号 一致

検索

患者番号 漢字氏名 カナ 生年月日 性別 登録郵便番号 住所 TEL 携帯

検索

マスク変更

削除

検索

OK キャンセル



患者情報メンテナンス

\*患者番号 DD

\*漢字氏名 初期値用 患者1

カナ デフォルト カンジャ1

\*生年月日 1977/01/01

\*性別 男

登録郵便番号

住所

TEL

携帯

FAX

備考

\*データ識別番号 999999999

削除データ

完全削除

登録

キャンセル

①患者番号に「DD」を入力してください

②その他の必須項目を入力してください。

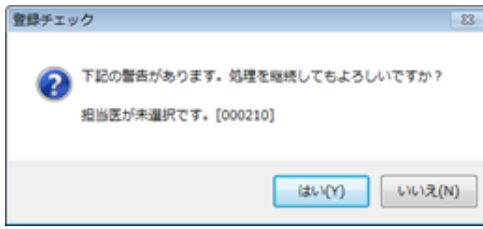
※データ識別番号は使用されない番号を入力してください

③クリック

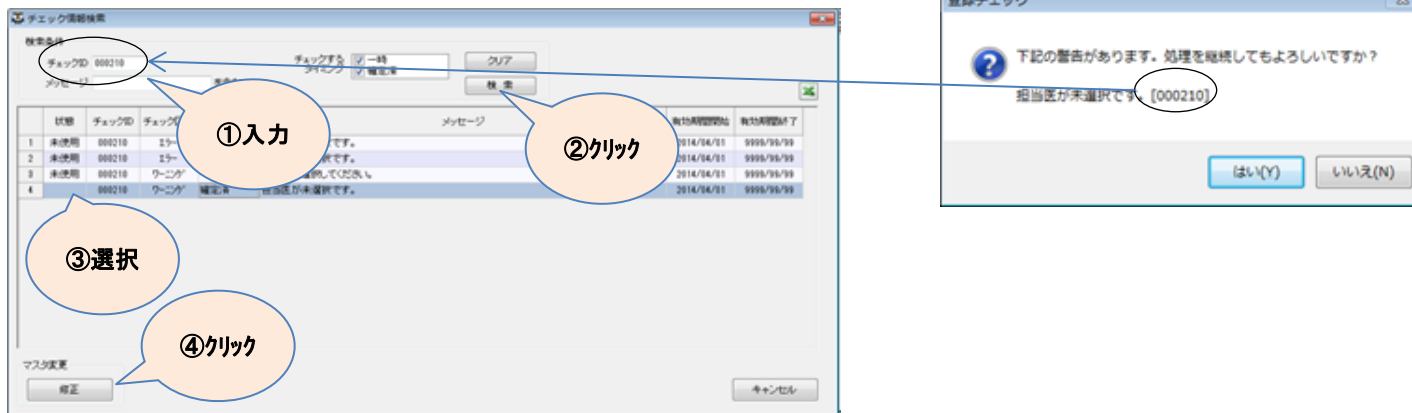
入院データ登録時のチェックをタイミング毎に有効/無効にします

※主に、様式1のルールに従ってチェックをしておりますので、基本的に変更は不要です。  
変更される際はご注意ください

例) 確定時の「担当医」のチェックを無効にしたい場合



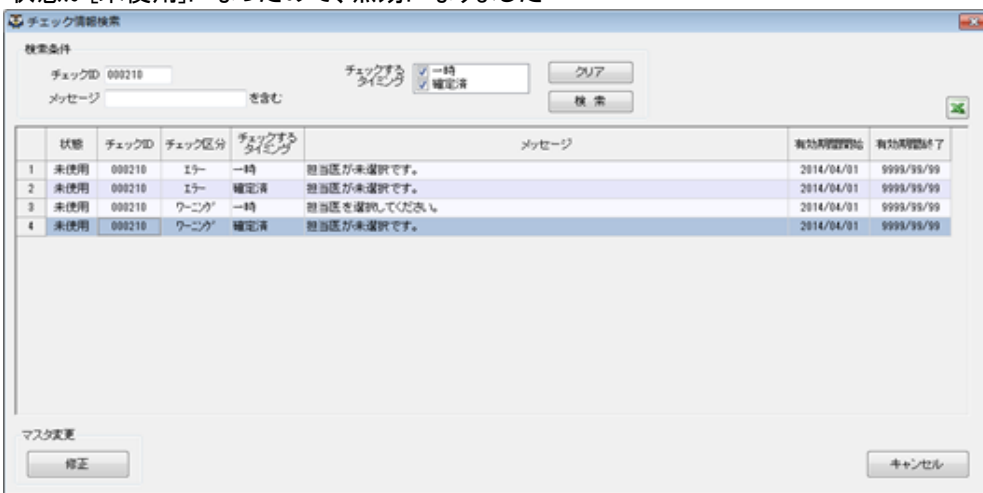
対象のチェックを検索します。  
チェック情報検索画面を表示し、メッセージ右に表示されている番号を入力し、検索してください。  
対象のチェックの内、状態が空白になっている行を選択し、「修正」をクリックします。



チェックが使用中なので、「チェックを未使用にする」をチェックして、「登録」をクリックします



状態が[未使用]になったので、無効になりました



補足) 状態のご説明

	状態	チェックID	チェック区分	チェックする タイミング	
1	メンテ不可	000010	エラー	一時	患者番
2	メンテ不可	000010	エラー	確定済	患者番
3	メンテ不可	000020	エラー	一時	入院日
4	メンテ不可	000020	エラー	確定済	入院日
5	未使用	000030	エラー	一時	退院日
6		000030	エラー	確定済	退院日

[メンテ不可] 変更できないチェックです。

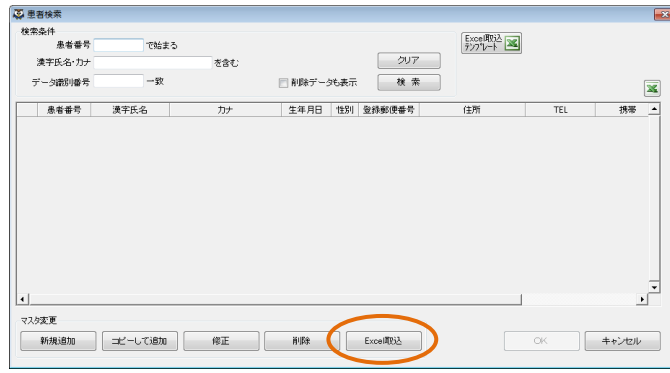
[未使用] 未使用の状態です。使用中に変更できます。

[([空白]) 使用中の状態です。未使用に変更できます。



患者情報をExcelから取り込む時に、データ識別番号を前ゼロ形式で取り込むことができます

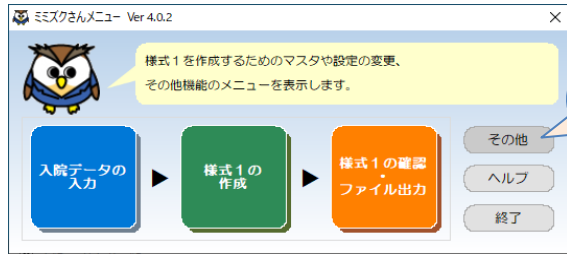
例) 1→000000001



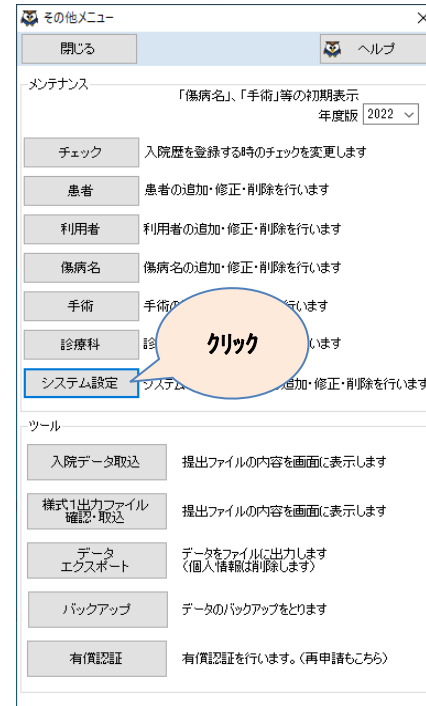
(操作手順)

1. Excel取込時にデータ識別番号を前ゼロ形式で取り込む設定を行います

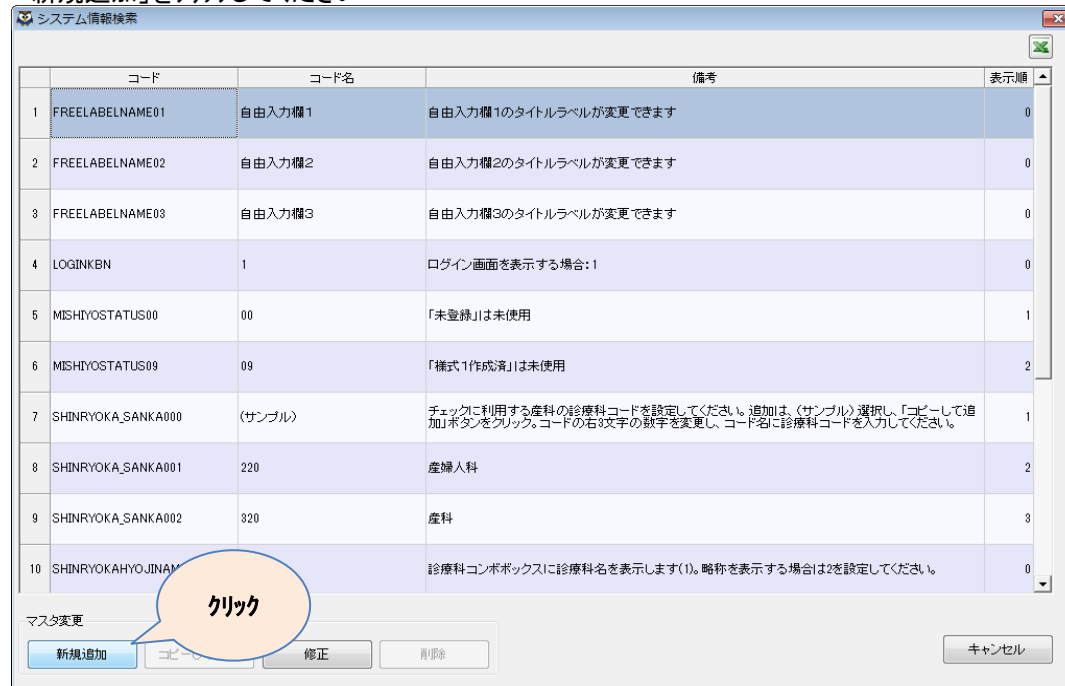
ミズクさんメニューの「その他」をクリックしてください



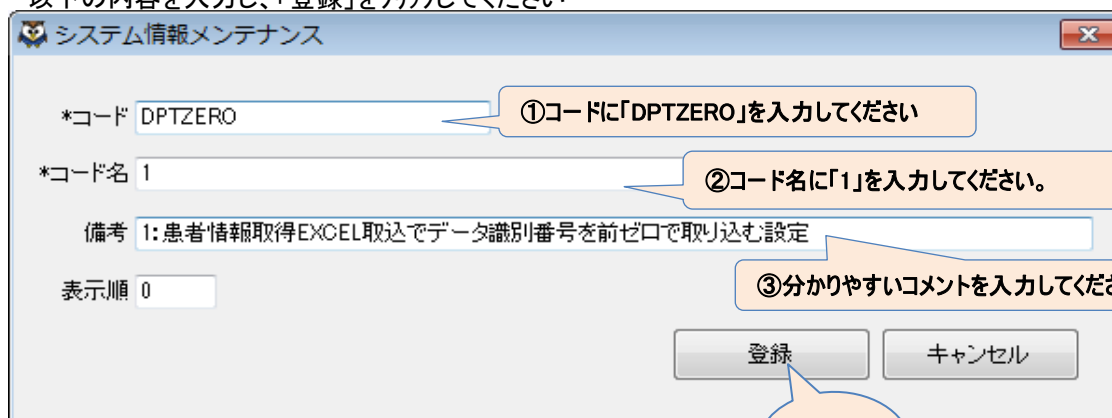
その他メニューの「システム設定」をクリックしてください



「新規追加」をクリックしてください



前ゼロ形式で取り込む設定をします。  
以下の内容を入力し、「登録」をクリックしてください



登録が完了しますと、システム情報検索画面に戻りますので、「キャンセル」をクリックしてミズクさんメニューまで戻ってください。

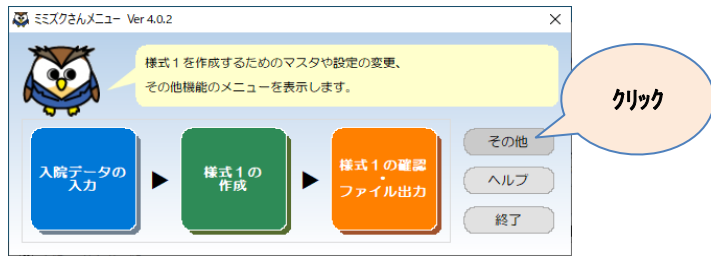
次回の、患者検索画面の「Excel取込」から設定は反映されます

## 参照権限のみの利用者を作成することができます

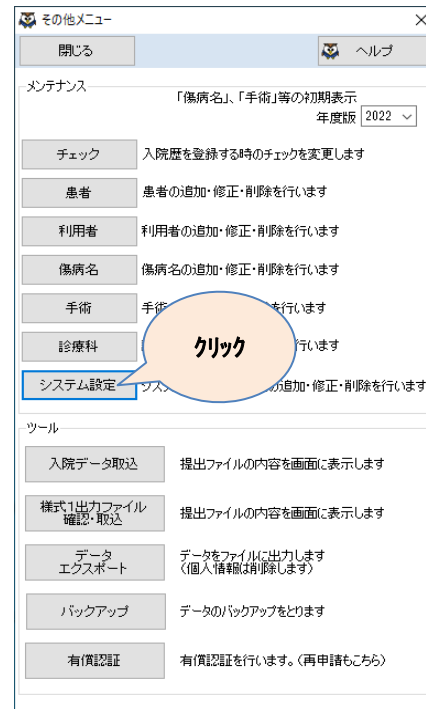
(操作手順)

1. システム設定に参照権限を作成します

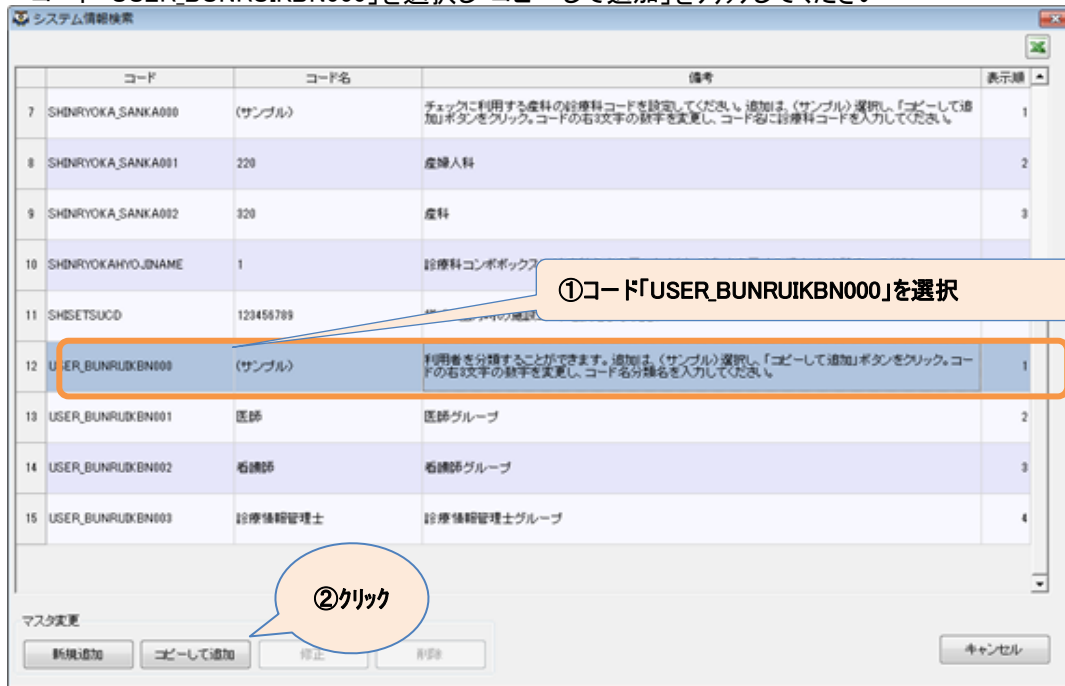
ミミズクさんメニューの「その他」をクリックしてください



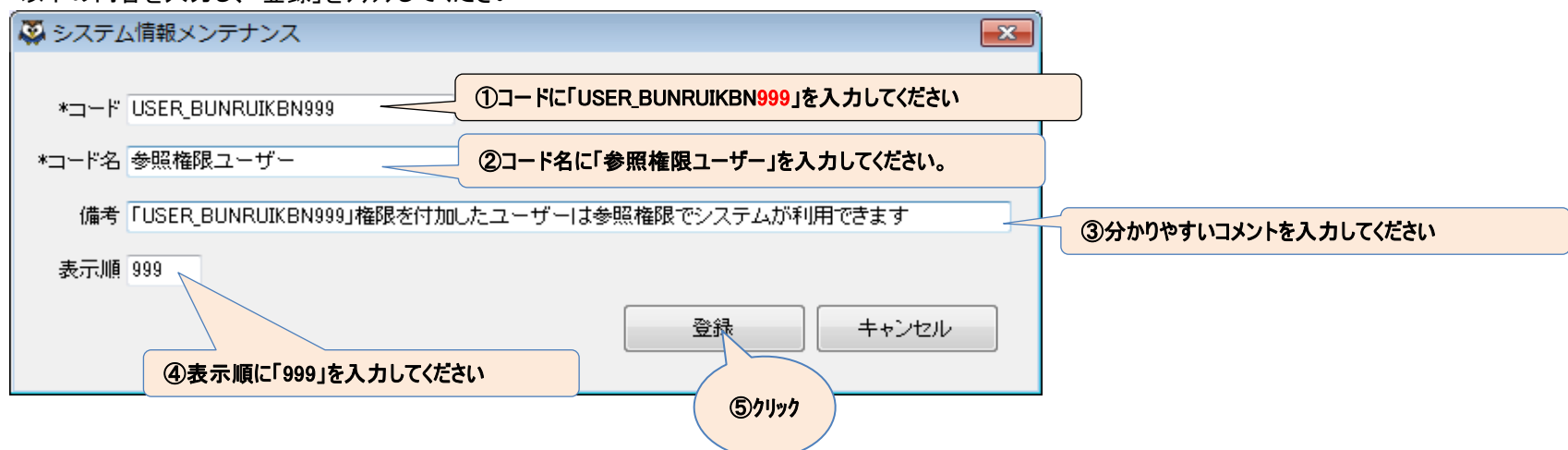
その他メニューの「システム設定」をクリックしてください



コード「USER\_BUNRUIKBN000」を選択し「コピーして追加」をクリックしてください

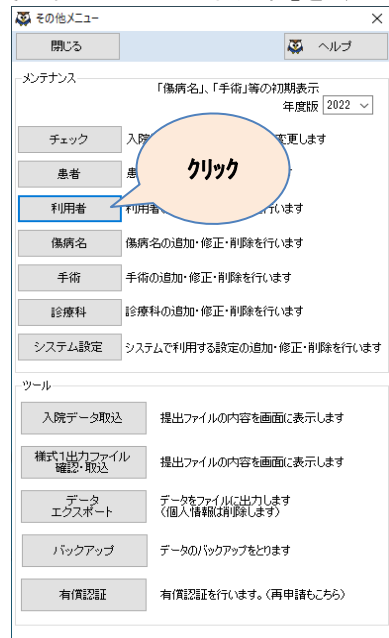


参照権限の設定を作成します。  
以下の内容を入力し、「登録」をクリックしてください

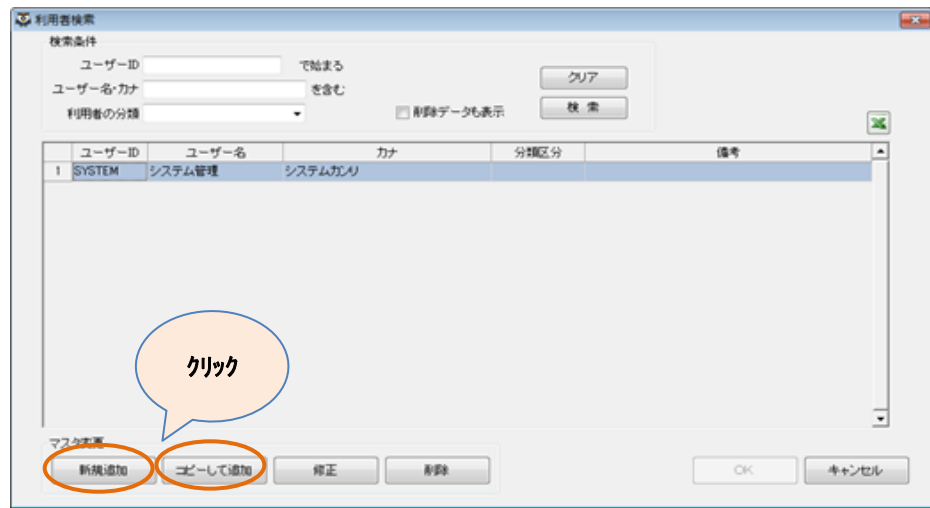


## 2. 作成した権限を利用者に付加します

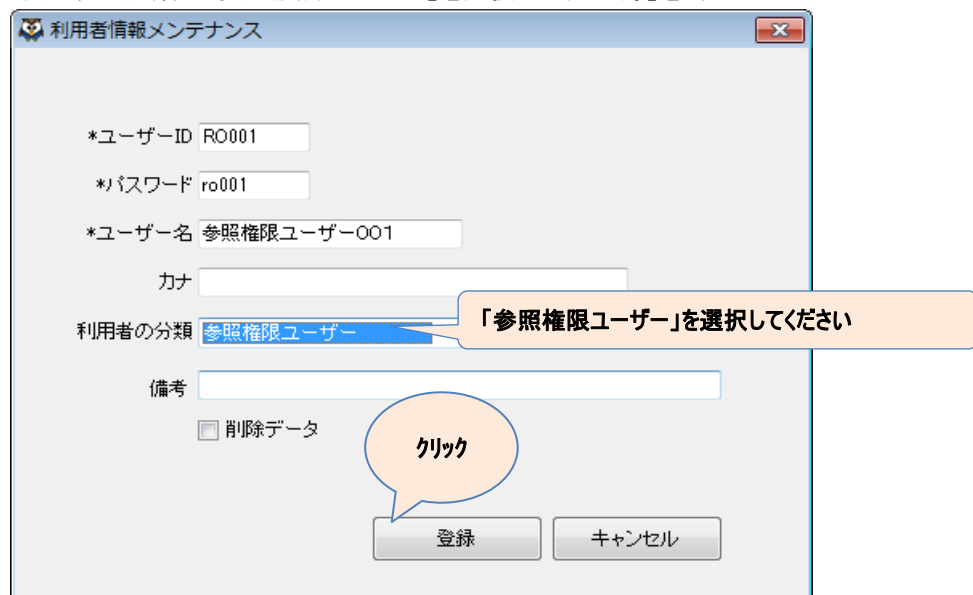
その他メニューの「利用者」をクリックしてください



「新規追加」又は、コピーする利用者を一覧より選択して「コピーして追加」をクリックしてください



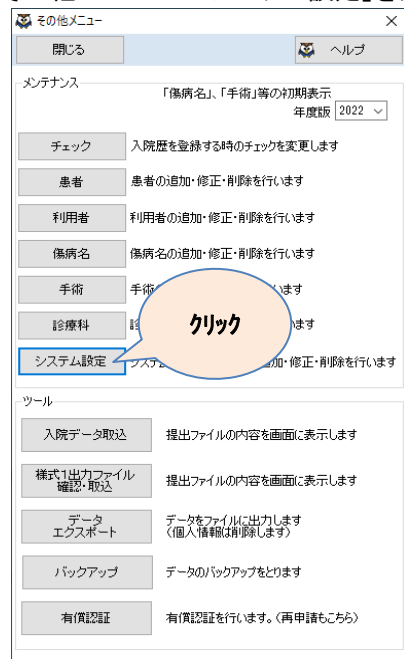
利用者の分類で「参照権限ユーザー」を選択して、「登録」をクリックしてください



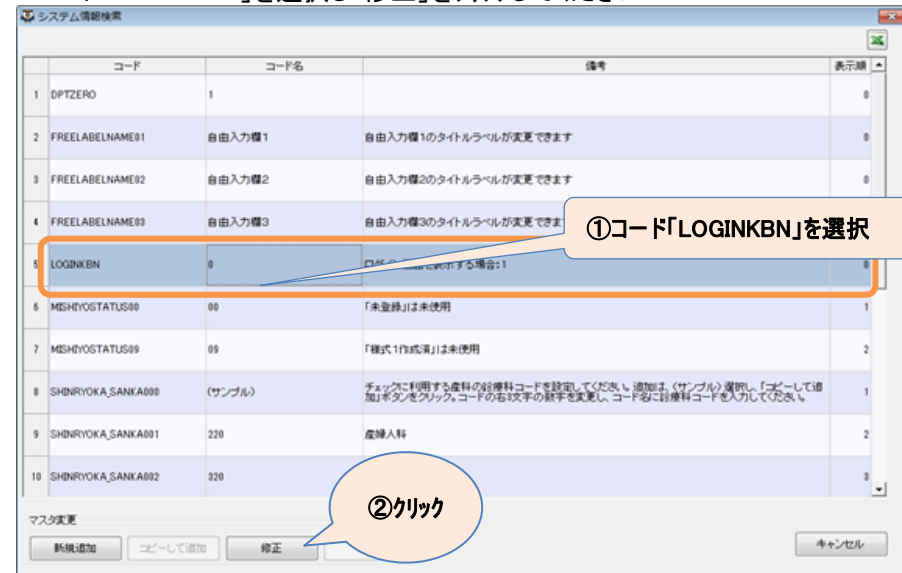
次の、「3. ログインができる設定に変更します」の前に、必ず「参照権限ユーザー」**以外**の利用者もご登録ください。ログインができる設定にしますと、ユーザーIDとパスワードが必要となりますので、メモをされるなど、ご準備ください。

## 3. ログインができる設定に変更します

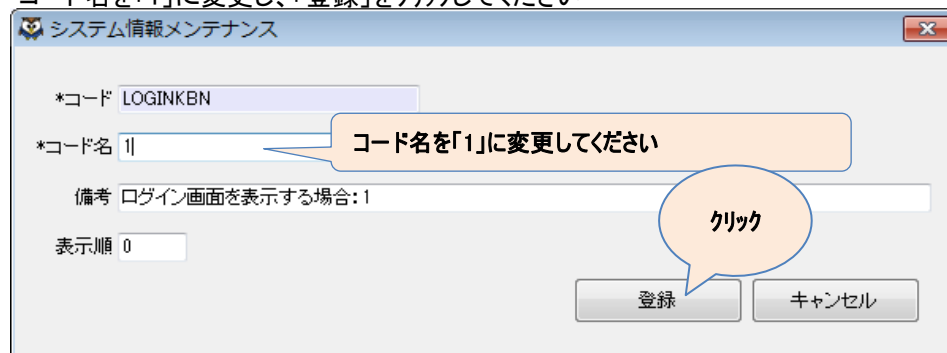
その他メニューの「システム設定」をクリックしてください



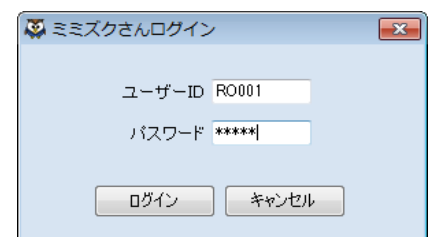
コード「LOGINKBN」を選択し「修正」をクリックしてください



コード名を「1」に変更し、「登録」をクリックしてください



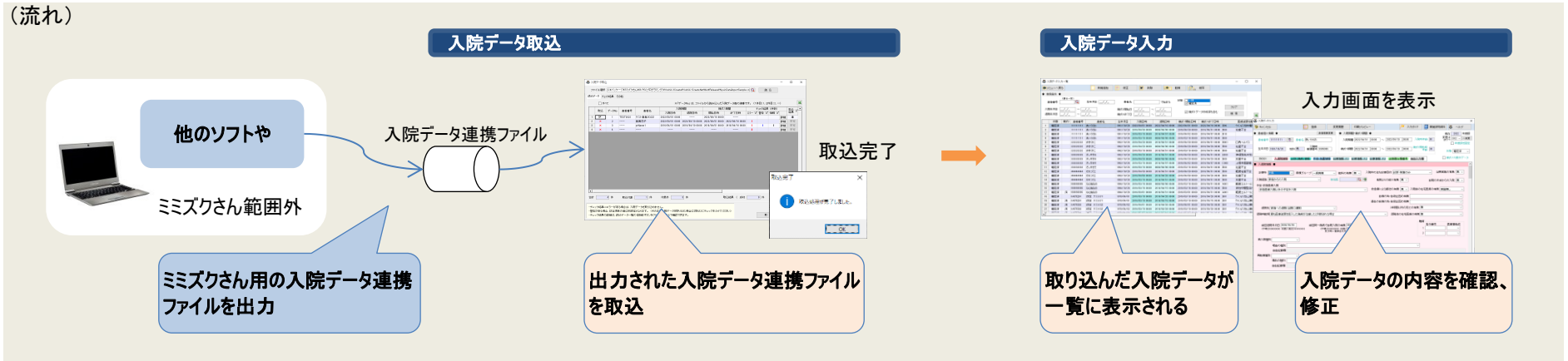
登録完了後、次に「ミズクさん」を起動したタイミングでログイン画面が表示されます。



他のソフトやシステム(電子カルテや医事システムなど)との間で、入院データを連携することができます。

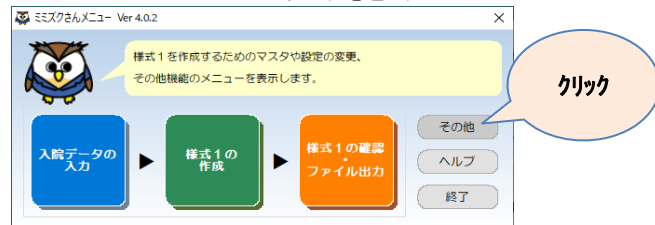
- ・入院データ取込画面から入院データ連携ファイルを取り込むことで、ミミズクさんに入院データを登録することができる機能です。
- ・入院データ連携ファイルとは、ミミズクさんに入院データを登録するための各種情報が保存された『XML形式のテキストファイル』です。  
他のソフトやシステムからミミズクさん用の入院データ連携ファイルを出力し、ミミズクさん側で該当ファイルを取り込むことで入院データを連携します。  
(入院データ連携ファイルの記述内容については、次頁以降をご覧ください)

(流れ)

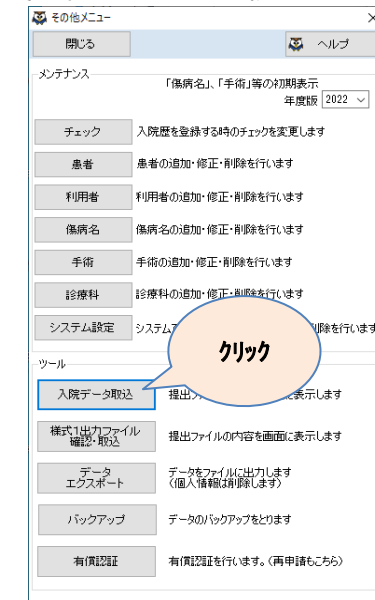


(操作手順)

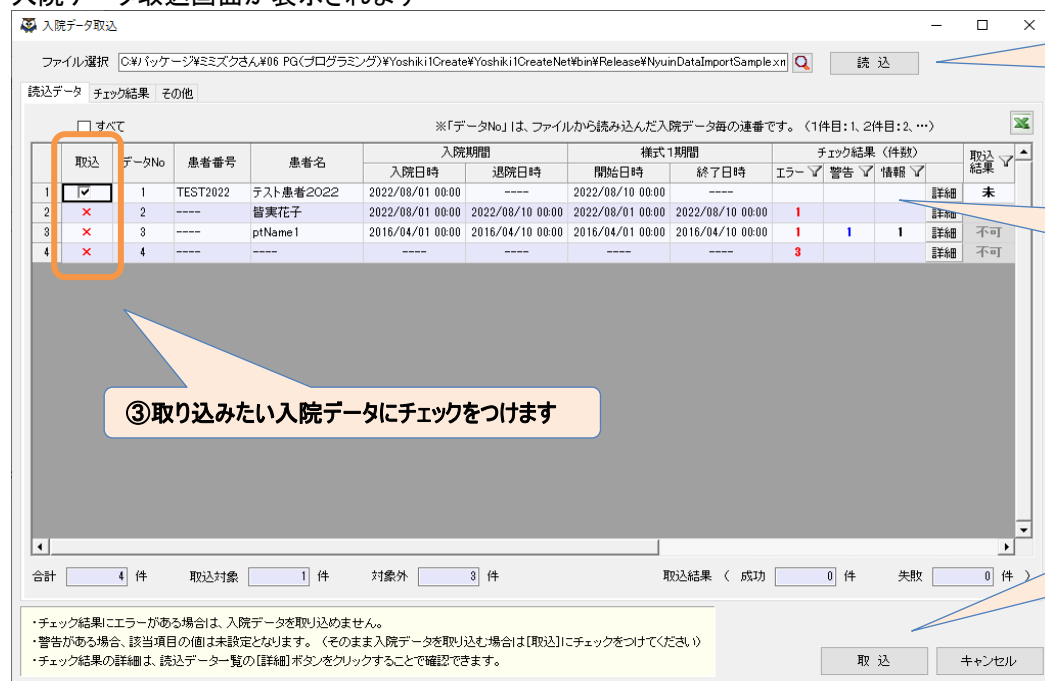
ミミズクさんメニューの「その他」をクリックしてください



その他メニューの「入院データ取込」をクリックしてください



入院データ取込画面が表示されます



① 🔍 をクリックして入院データ連携ファイルを選択した後、「読込」ボタンをクリックしてください

② ファイルから読み込んだ入院データが一覧に表示されます  
読み込んだ入院データのチェック結果を確認してください

※チェック結果の内容を確認する場合は、一覧の「詳細」ボタンをクリックしてください。

③ 取り込みたい入院データにチェックをつけます

④ 「取込」ボタンをクリックすると取込処理が始まります  
処理完了後、取込結果を確認してください

※取込完了後に画面を閉じたい場合は、「キャンセル」ボタンをクリックしてください。

- ・チェック結果に**エラー**がある場合は「取込」が×となり、該当の入院データは取り込めません。
- ・チェック結果に**警告**がある場合は「取込」のチェックがオフになります。  
警告の内容に問題がない場合は「取込」にチェックをつけることで、入院データを取り込むことができます。
- ・取り込みが完了した入院データは、「一時」の状態でもミミズクさんに登録されています。

■ 入院データ連携ファイルの記述例 ■

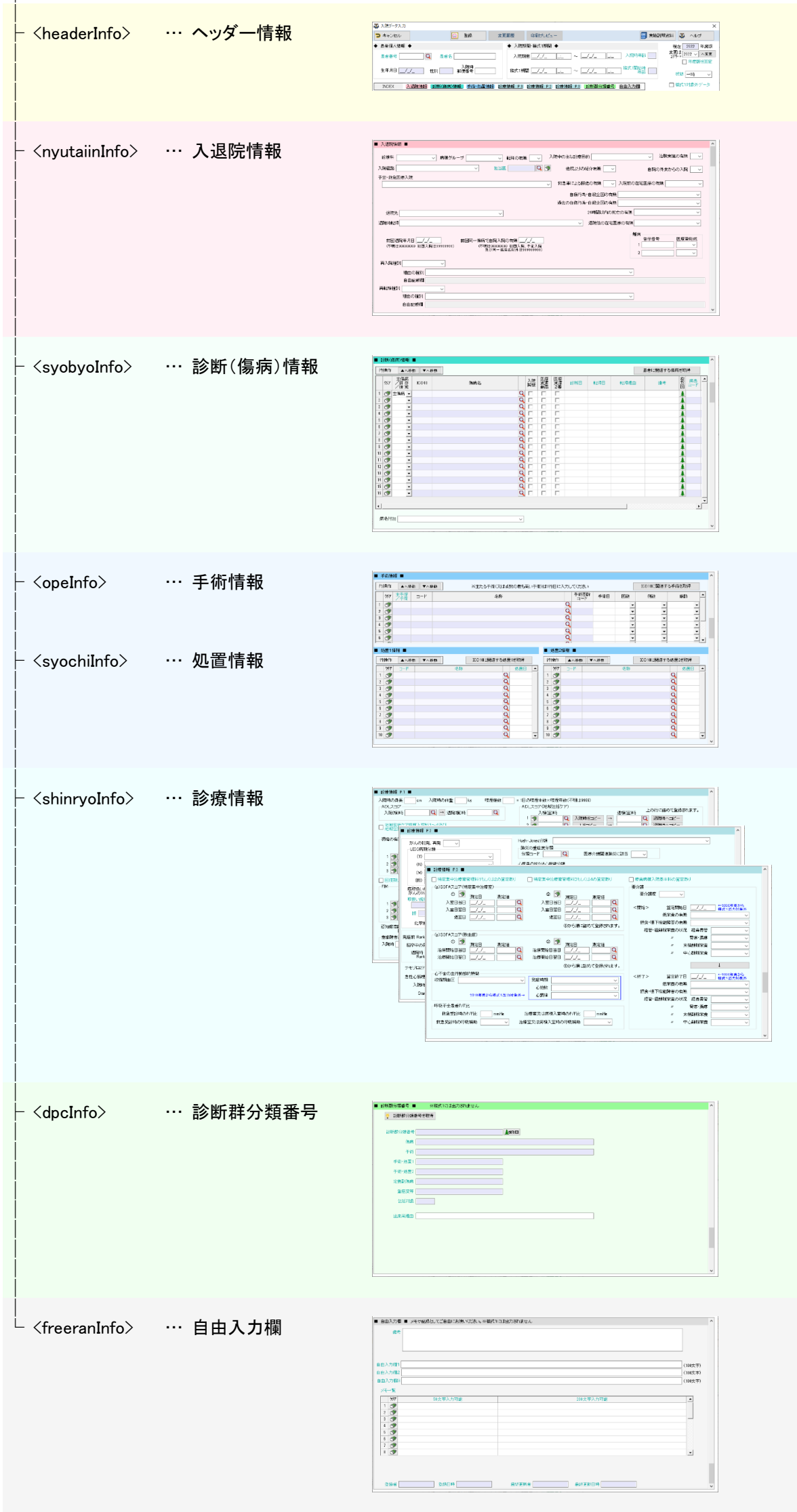
<pre> 1      &lt;?xml version="1.0" encoding="utf-8" ?&gt; 2 3      &lt;!-- ルート要素 --&gt; 4      &lt;yoshiki1Create&gt; 5 6          &lt;!-- 入院データ --&gt; 7          &lt;nyuinData yoshiki1gai="true"&gt; 8 9              &lt;!-- ヘッダー情報 --&gt; 10             &lt;headerInfo&gt; 11                 &lt;kanjya&gt; 12                     &lt;!-- 患者番号 --&gt; 13                     &lt;ptNo&gt;KANJYA0001&lt;/ptNo&gt; 14                     &lt;!-- 患者名 --&gt; 15                     &lt;ptName&gt;皆実花子&lt;/ptName&gt; 16                     &lt;!-- 入院時郵便番号 --&gt; 17                     &lt;postCd&gt;7320815&lt;/postCd&gt; 18                 &lt;/kanjya&gt; 19                 &lt;kikan&gt; 20                     &lt;nyuin&gt; 21                         &lt;!-- 入院年月日 --&gt; 22                         &lt;date&gt;20220801&lt;/date&gt; 23                         &lt;!-- 入院時刻 --&gt; 24                         &lt;time&gt;0000&lt;/time&gt; 25                     &lt;/nyuin&gt; 26                     &lt;taiin&gt; 27                         &lt;!-- 退院年月日 --&gt; 28                         &lt;date&gt;20220810&lt;/date&gt; 29                         &lt;!-- 退院時刻 --&gt; 30                         &lt;time&gt;0000&lt;/time&gt; 31                     &lt;/taiin&gt; 32                     &lt;start&gt; 33                         &lt;!-- 様式1開始日 --&gt; 34                         &lt;date&gt;20220801&lt;/date&gt; 35                         &lt;!-- 様式1開始時刻 --&gt; 36                         &lt;time&gt;0000&lt;/time&gt; 37                     &lt;/start&gt; 38                     &lt;end&gt; 39                         &lt;!-- 様式1終了日 --&gt; 40                         &lt;date&gt;20220810&lt;/date&gt; 41                         &lt;!-- 様式1終了時刻 --&gt; 42                         &lt;time&gt;0000&lt;/time&gt; 43                     &lt;/end&gt; 44                 &lt;/kikan&gt; 45             &lt;/headerInfo&gt; 46 47             &lt;!-- 入退院情報 --&gt; 48             &lt;nyutaiinInfo&gt; 49                 &lt;!-- 診療科コード --&gt; 50                 &lt;shinryokaCd&gt;710&lt;/shinryokaCd&gt; 51                 &lt;!-- 病棟グループ --&gt; 52                 &lt;byotoGroup&gt;100&lt;/byotoGroup&gt; 53                 &lt;!-- 転科の有無 --&gt; 54                 &lt;tenka&gt;0&lt;/tenka&gt; 55                 &lt;!-- 入院中の主な診療目的 --&gt; 56                 &lt;shinryoMokuteki&gt;4&lt;/shinryoMokuteki&gt; 57                 &lt;!-- 治験実施の有無 --&gt; 58                 &lt;chiken&gt;1&lt;/chiken&gt; 59                 &lt;!-- 入院経路 --&gt; 60                 &lt;nyuinKeiro&gt;8&lt;/nyuinKeiro&gt; 61                 &lt;!-- 担当医ID --&gt; 62                 &lt;doctorId&gt;DOCTER0001&lt;/doctorId&gt; 63                 &lt;!-- 他院よりの紹介有無 --&gt; 64                 &lt;taiinSyokai&gt;0&lt;/taiinSyokai&gt; 65                 &lt;!-- 自院の外来からの入院 --&gt; 66                 &lt;jiinGairaiNyuin&gt;1&lt;/jiinGairaiNyuin&gt; 67                 &lt;!-- 予定・救急医療入院 --&gt; 68                 &lt;yoteiKyukyuNyuin&gt;320&lt;/yoteiKyukyuNyuin&gt; 69                 &lt;!-- 救急車による搬送の有無 --&gt; 70                 &lt;kyukyusyaHanso&gt;1&lt;/kyukyusyaHanso&gt; 71 72                 ■ 73 74                 ■ 75 76                 ■ 77 78 79 80 </pre>	<pre> 961     &lt;!-- 診断群分類番号 --&gt; 962     &lt;dpcInfo&gt; 963         &lt;!-- 出来高理由 --&gt; 964         &lt;dekiDakaRiyu&gt;出来高理由&lt;/dekiDakaRiyu&gt; 965     &lt;/dpcInfo&gt; 966 967     &lt;!-- 自由入力欄 --&gt; 968     &lt;freeranInfo&gt; 969         &lt;!-- 備考 --&gt; 970         &lt;biko&gt;備考&lt;/biko&gt; 971         &lt;freeAreaList&gt; 972             &lt;!-- 自由入力欄 --&gt; 973             &lt;freeArea&gt;自由入力欄 1&lt;/freeArea&gt; 974             &lt;freeArea&gt;自由入力欄 2&lt;/freeArea&gt; 975             &lt;freeArea&gt;自由入力欄 3&lt;/freeArea&gt; 976         &lt;/freeAreaList&gt; 977         &lt;memoList&gt; 978             &lt;!-- メモ --&gt; 979             &lt;memo&gt; 980                 &lt;!-- 項目1 --&gt; 981                 &lt;freeCol1&gt;項目 1 1&lt;/freeCol1&gt; 982                 &lt;!-- 項目2 --&gt; 983                 &lt;freeCol2&gt;項目 1 2&lt;/freeCol2&gt; 984             &lt;/memo&gt; 985             &lt;!-- メモ --&gt; 986             &lt;memo&gt; 987                 &lt;!-- 項目1 --&gt; 988                 &lt;freeCol1&gt;項目 2 1&lt;/freeCol1&gt; 989                 &lt;!-- 項目2 --&gt; 990                 &lt;freeCol2&gt;項目 2 2&lt;/freeCol2&gt; 991             &lt;/memo&gt; 992             &lt;!-- メモ --&gt; 993             &lt;memo&gt; 994                 &lt;!-- 項目1 --&gt; 995                 &lt;freeCol1&gt;項目 3 1&lt;/freeCol1&gt; 996                 &lt;!-- 項目2 --&gt; 997                 &lt;freeCol2&gt;項目 3 2&lt;/freeCol2&gt; 998             &lt;/memo&gt; 999         &lt;/memoList&gt; 1000    &lt;/freeranInfo&gt; 1001 1002    &lt;/nyuinData&gt; 1003 1004    &lt;!-- 入院データ --&gt; 1005    &lt;nyuinData&gt; 1006 1007        ■ 1008 1009        ■ 1010 1011        ■ 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 </pre>
---	---

※入院データ連携ファイルのサンプルとして「NyuinDataImportSample.xml」をミズクさんのsampleフォルダに同梱しています。

■ 要素のツリー構造と入院データの関係 ■

<yoshiki1Create> … ルート要素  
 <nyuinData> … 入院データ

入院データ入力画面との対応



1件の入院データ

<nyuinData> … 入院データ



1件の入院データ

■ 要素と属性の説明 ■

- ・要素と属性の名称は、大文字／小文字が区別されます。
- ・必須の見方 (●…必須の要素です。▲…親要素は省略可能ですが、親要素を指定した場合に必須となる要素です。)
- ・複数の見方 (●…繰り返しの記述が可能な要素です。)

要素	属性	項目名	必須	複数	データ型	最大桁数	説明
yoshiki1Create		ルート要素	●		—		
nyuinData		入院データ	●	●	—		
	yoshiki1gai	様式1対象外フラグ			真偽値		true: 様式1対象外
headerInfo		ヘッダー情報	●		—		
kaniya		患者個人情報	●		—		
ptNo		患者番号	●		半角英数字	10	ミミズクさんに登録済みの患者番号
ptName		患者名			文字	100	省略時は漢字氏名
postCd		入院時郵便番号			半角数字	7	固定 省略時は登録郵便番号
kikan		入院期間・様式1期間	●		—		
nyuin		入院	●		—		
date		入院年月日	●		日付	8	固定 YYYYMMDD形式
time		入院時刻			半角数字	4	固定 省略時は0000
taiin		退院			—		
date		退院年月日			半角数字	8	固定
time		退院時刻			半角数字	4	固定 省略時は0000
start		様式1開始日	●		—		
date		様式1開始日	●		日付	8	固定 YYYYMMDD形式
time		様式1開始時刻			半角数字	4	固定 省略時は0000
end		様式1終了日			—		
date		様式1終了日			日付	8	固定 YYYYMMDD形式
time		様式1終了時刻			半角数字	4	固定 省略時は0000
nyutaiInfo		入退院情報			—		
shinryokaCd		診療科コード			半角数字	3	固定 ミミズクさんに登録済みの診療科
byotoGroup		病棟グループ			半角数字	3	固定 100: 一般病棟 010: 精神病棟 001: その他の病棟
tenka		転科の有無					
shinryoMokuteki		入院中の主な診療目的					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の 入力値
chiken		治験実施の有無					
nyuinKeiro		入院経路					
doctorId		担当医ID			半角英数字	20	
tainSyokai		他院よりの紹介有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の 入力値
jiinGairaiNyuin		自院の外来からの入院					
yoteiKyukyuNyuin		予定・救急医療入院					
kyukyusyaHanso		救急車による搬送の有無					
nyuinmaeZaitaku		入院前の在宅医療の有無					
jisyoJisatsu		自傷行為・自殺企図の有無					
kakoJisyoJisatsu		過去の自傷行為・自殺企図の有無					
taiinSaki		退院先					
taijinTenki		退院時転帰					
shibo24hInai		24時間以内の死亡有無					
taingoZaitaku		退院後の在宅医療の有無					
zenkaiTainDate		前回退院年月日			半角数字	8	
zenkaiDoitsuNyuinDate		前回同一傷病で自院入院の有無			半角数字	8	固定
nanbyoList		難病		●	—		
nanbyo		難病		●	—		
kokujinNo		告示番号			半角文字	20	
iryohiJyosei		医療費助成の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の 入力値
sainyuin		再入院			—		
syubetsu		再入院種別					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の 入力値
riyuSyubetsu		再入院理由の種別					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の 入力値
freeKisairan		再入院自由記載欄			全角文字	100	
saitento		再転棟			—		
syubetsu		再転棟種別					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の 入力値
riyuSyubetsu		再転棟理由の種別					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の 入力値
freeKisairan		再転棟自由記載欄			全角文字	100	

- ・要素と属性の名称は、大文字／小文字が区別されます。
- ・必須の見方 (●…必須の要素です。 ▲…親要素は省略可能ですが、親要素を指定した場合に必須となる要素です。)
- ・複数の見方 (●…繰り返しの記述が可能な要素です。)

要素	属性	項目名	必須	複数	データ型	最大桁数	説明
syobyInfo		診断(傷病)情報			—		
syobyList					—		
syoby		傷病		●	—		
	nyuinkeiki	入院契機フラグ			真偽値		true:入院契機
	iryoshigen	医療資源区分			半角文字		saikohi:最高費、dai2hi:第2費
	byotai	病態			半角数字	1	固定 1:主傷病、2:併存症、3:後発症
	icd10Cd	ICD10コード	▲		半角英数字	10	
	syusyokugoSyobyName	修飾語付き傷病名	▲		全角文字	500	
	syobyName	傷病名(修飾語なし)	▲		全角文字	255	
	shindanDate	診断日			日付	8	固定 YYYYMMDD形式
	tenkiDate	転帰日			日付	8	固定 YYYYMMDD形式
	tenkiRiyu	転帰理由			文字	255	
	biko	備考			文字	255	
	byoResedenCd	病名レセ電コード	▲		半角文字	33	
	syusyokugoList				—		
	syusyokugo	修飾語		●	—		
	kanriNo	修飾語管理番号	▲		半角文字	10	
	name	修飾語名	▲		全角文字	255	
	resedenCd	修飾語レセ電コード	▲		半角文字	10	
	ichi	修飾語表示位置	▲		半角数字	1	固定
fukaCd		病名付加コード					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
opeInfo		手術情報			—		
opeList					—		
ope		手術		●	—		
	syusyujyutsu	主手術フラグ			真偽値		true:主傷病
	tensuCd	点数表コード	▲		半角数字	10	
	opeName	手術名	▲		全角文字	255	
	gaihorenOpeCd	外保連手術コード			半角英数字	7	固定
	opeDate	手術日			日付	8	固定 YYYYMMDD形式
	opeKaisu	手術回数					
	opeSokusu	手術側数					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
	masui	麻酔					
syochiInfo		処置情報			—		
syochi1		処置1			—		
syochiList					—		
syochi		処置		●	—		
	syochiCd	処置コード	▲		半角文字	10	
	syochiName	処置名	▲		全角文字	255	
	syochiDate	処置日			日付	8	固定 YYYYMMDD形式
syochi2		処置2			—		
syochiList					—		
syochi		処置		●	—		
	syochiCd	処置コード	▲		半角文字	10	
	syochiName	処置名	▲		全角文字	255	
	syochiDate	処置日			日付	8	固定 YYYYMMDD形式



- ・要素と属性の名称は、大文字／小文字が区別されます。
- ・必須の見方 (●…必須の要素です。▲…親要素は省略可能ですが、親要素を指定した場合に必須となる要素です。)
- ・複数の見方 (●…繰り返しの記述が可能な要素です。)

要素	属性	項目名	必須	複数	データ型	最大桁数	説明
shinryoInfo		診療情報			—		
height		身長			半角数字	3	
weight		体重			小数	5	
kitsuenShisu		喫煙指数			半角数字	4	
adl					—		
nyuinji					—		
score		入院時のADLスコア					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
taiinji					—		
score		退院時のADLスコア					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
chiikiSanteiFlg		地域包括ケア入院料1~4算定フラグ			真偽値		true:算定している
chiikiAdlList					—		
chiikiAdl		ADLスコア(地域包括ケア)		●	—		
nyutoji					—		
score		入棟・入室時のADLスコア					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
taitoji					—		
score		退棟・退室時のADLスコア					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
jyokusoList					—		
jyokuso		褥瘡の有無		●	—		
nyutoji					—		
date		入棟日			半角数字	8 固定	
value		入棟時の褥瘡の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
taitoji					—		
date		退棟日			半角数字	8 固定	
value		退棟時の褥瘡の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
genzaiNinshin		現在の妊娠の有無			—		
nyuinjiNinshinSyusu		入院時の妊娠週数			半角数字	2	
syusseijiWeight		出生時体重			半角数字	5	
syusseijiNinshinSyusu		出生時妊娠週数			半角数字	2	
nyuinSyuhenBunben		入院周辺の分娩の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
bunbenjiSyukketsuryo		分娩時出血量			半角数字	5	
kairihaSanteiFlg		回復期リハ病棟入院料算定フラグ			真偽値		true:算定している
fimList					—		
fim		FIM		●	—		
nyutoji					—		
date		入棟日			半角数字	8 固定	
score		入棟時FIM得点					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
weight		入棟時体重			小数	5	
taitoji					—		
date		退棟日			半角数字	8 固定	
score		退棟時FIM得点					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
weight		退棟時体重			小数	5	
ninchisyoJiritsudoHantei		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
jisanyakuShiyo		持参薬の使用の有無			—		
jcs					—		
nyuinji					—		
level		入院時意識障害がある場合のJCS(レベル)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
ria		入院時意識障害がある場合のJCS(RIA)					
taiinji					—		
level		退院時意識障害がある場合のJCS(レベル)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
ria		退院時意識障害がある場合のJCS(RIA)					
kyukyujyushinji					—		
level		救急受診時意識障害がある場合のJCS(レベル)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
ria		救急受診時意識障害がある場合のJCS(RIA)					
nyushitsuji					—		
level		治療室又は病棟入室時意識障害がある場合のJCS(レベル)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
ria		治療室又は病棟入室時意識障害がある場合のJCS(RIA)					

- ・要素と属性の名称は、大文字／小文字が区別されます。
- ・必須の見方 (●…必須の要素です。▲…親要素は省略可能ですが、親要素を指定した場合に必須となる要素です。)
- ・複数の見方 (●…繰り返しの記述が可能な要素です。)

要素	属性	項目名	必須	複数	データ型	最大桁数	説明
gan					—		
hatsu		がんの初発・再発					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
uicc					—		
t		UICC病期分類(T)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
n		UICC病期分類(N)					
m		UICC病期分類(M)					
han		UICC病期分類(版)					
kiyaku		癌取り扱い規約					【癌取り扱い規約の設定値】を参照
bui		癌部位					
stage		癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
kagakuryoho		化学療法の有無					
nosoccyu					—		
hassyomaeRankinScale		発症前RankinScale					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
hassyoJiki		脳卒中の発症時期					
taiinjiModRankinScale		退院時modifiedRankinScale					
temozoromido		テモゾロミドの有無					
shinkinkosokuHassyoJiki		急性心筋梗塞の発症時期					
nyuinjiSashitsuKusyutsu		入院時左室駆出率					
stanfordAB		Stanford A/B型					
hughJones		Hugh-Jones分類					
haien					—		
jyusyodo		肺炎の重症度分類					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
iryokaigoHaien		医療介護関連肺炎に該当の有無					
nyha					—		
shinfuzen		心不全のNYHA心機能分類					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
kyukyujyushinji		救急受診時のNYHA心機能分類					
nyushitsuji		治療室又は病棟入室時のNYHA心機能分類					
nyuinjiCcs		狭心症、慢性虚血性心疾患における入院時の重症度: CCS分類					
nyuinjiKillip		急性心筋梗塞における入院時の重症度: Killip分類					

### 【癌取り扱い規約の設定値】

癌取り扱い規約		癌部位	
設定値	名称	設定値	名称
sui	膵癌取り扱い規約	sui	膵癌
tando	胆道癌取り扱い規約	kanmonTankan	肝門部領域胆管
		eniTankan	遠位胆管
		tanno	胆嚢
		nyuto	乳頭部
syokudo	食道癌の取り扱い規約	syokudo	食道癌
daicho	大腸癌取り扱い規約	ketsuChoku	結腸・直腸
		komonkan	肛門管
genpatsuKan	原発性肝癌取り扱い規約	kansaibo	肝細胞癌
		kannaiTankan	肝内胆管癌
seikeiNanbu	整形外科・病理 悪性軟部腫瘍取り扱い規約	kotsuNanbu	骨軟部腫瘍
seikeiKotsu	整形外科・病理 悪性骨腫瘍取り扱い規約	kotsu	骨腫瘍
hinyoFukujin	泌尿器科・病理 副腎腫瘍取り扱い規約	fukujinHishitsu	副腎皮質癌
		shinkeiga	神経芽腫
zoketsuki	造血器腫瘍取り扱い規約	annArbor	悪性リンパ腫(Ann Arbor 分類)
		lugano	悪性リンパ腫(Lugano 分類)

- ・要素と属性の名称は、大文字／小文字が区別されます。
- ・必須の見方 (●…必須の要素です。 ▲…親要素は省略可能ですが、親要素を指定した場合に必須となる要素です。)
- ・複数の見方 (●…繰り返しの記述が可能な要素です。)

要素	属性	項目名	必須	複数	データ型	最大桁数	説明
suien					—		
jyusyodo		急性膵炎の重症度分類			半角数字	2	固定
jyusyodoHantei		急性膵炎の重症度判定基準			—		
a					—		
yogo		A. 予後因子			—		
hantei_1		重症度判定基準フラグ1			真偽値		true: Base excess $\leq$ -3mEq/L、又はショック(収縮期血圧 $\leq$ 80mmHg)
hantei_2		重症度判定基準フラグ2			真偽値		true: PaO2 $\leq$ 60mmHg(room air)、又は呼吸不全(人工呼吸器管理を必要とするもの)
hantei_3		重症度判定基準フラグ3			真偽値		true: BUN $\geq$ 40mg/dL(or Cr $\geq$ 2.0mg/dL)、又は乏尿(輸液後も1日尿量が400mL以下であるもの)
hantei_4		重症度判定基準フラグ4			真偽値		true: LDHが基準値上限の2倍以上
hantei_5		重症度判定基準フラグ5			真偽値		true: 血小板数 $\leq$ 10万/mm <sup>3</sup>
hantei_6		重症度判定基準フラグ6			真偽値		true: 総Ca値 $\leq$ 7.5 mg/dL
hantei_7		重症度判定基準フラグ7			真偽値		true: CRP $\geq$ 15 mg/dL
hantei_8		重症度判定基準フラグ8			真偽値		true: SIRS診断基準(※)における陽性項目数 $\geq$ 3
hantei_9		重症度判定基準フラグ9			真偽値		true: 70歳以上
b					—		
ctSuigaiShintendo		B.造影剤CT Grade 炎症の腓外進展度			—		
hantei_1		重症度判定基準フラグ1			真偽値		true: 前腎傍腔
hantei_2		重症度判定基準フラグ2			真偽値		true: 結腸間膜根部
hantei_3		重症度判定基準フラグ3			真偽値		true: 腎下極以遠
ctZoeiFuryoiki		B.造影剤CT Grade 腓の造影不良域			—		
hantei_1		重症度判定基準フラグ1			真偽値		true: 各区域に局限している場合、又は腓の周辺のみの場合
hantei_2		重症度判定基準フラグ2			真偽値		true: 2つの区域にかかる場合
hantei_3		重症度判定基準フラグ3			真偽値		true: 2つの区域全体にしめる、又はそれ以上の場合
riumachiyakuSyokaiChiryō		抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
childPugh					—		
bil		肝硬変のChild-Pugh分類(Bil)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
alb		肝硬変のChild-Pugh分類(Alb)					
fucusui		肝硬変のChild-Pugh分類(腹水)					
nosyo		肝硬変のChild-Pugh分類(脳症)					
pt		肝硬変のChild-Pugh分類(PT)					
nessyo					—		
burnIndex		BurnIndex			小数	5	
nessyo2		熱傷度Ⅱ度の全身に占めるパーセンテージ			半角数字	5	
nessyo3		熱傷度Ⅲ度の全身に占めるパーセンテージ			半角数字	5	
seishin					—		
nyuinjiGaf		入院時GAF尺度			半角数字	3	
seishinfukushiho					—		
nyuinKeitai		精神保健福祉法における入院形態					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
kakuriNissu		精神保健福祉法に基づく隔離日数			半角数字	5	
kosokuNissu		精神保健福祉法に基づく身体拘束日数			半角数字	5	

- ・要素と属性の名称は、大文字／小文字が区別されます。
- ・必須の見方 (●…必須の要素です。▲…親要素は省略可能ですが、親要素を指定した場合に必須となる要素です。)
- ・複数の見方 (●…繰り返しの記述が可能な要素です。)

要素	属性	項目名	必須	複数	データ型	最大桁数	説明
tshitsuSanteiFlg1		特定集中治療室管理料1／2算定フラグ			真偽値		true:算定している
tshitsuSanteiFlg2		特定集中治療室管理料3／4算定フラグ			真偽値		true:算定している
sofa		(p)SOFAスコア			—		
	psofa	pSOFAフラグ			真偽値		true:pSOFA、false:SOFA
tshitsuList					—		
tshitsu		特定集中治療室		●	—		
nyushitsu					—		
tojitsu					—		
date		入室日測定日(当日)			半角数字	8 固定	
value		入室日測定値(当日)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
yokujitsu					—		
date		入室日測定日(翌日)			半角数字	8 固定	
value		入室日測定値(翌日)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
taishitsu					—		
date		退室日測定日			半角数字	8 固定	
value		退室日測定値					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
haiketsuList					—		
haiketsu		敗血症		●	—		
chiryoStart					—		
tojitsu					—		
date		治療開始日測定日(当日)			半角数字	8 固定	
value		治療開始日測定値(当日)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
yokujitsu					—		
date		治療開始日測定日(翌日)			半角数字	8 固定	
value		治療開始日測定値(翌日)					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
shinfuzen		心不全の血行動態的特徴			—		
syusyukuKetsuatsu		収縮期血圧			—		
hassyoJiki		発症時期					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
shinpakusu		心拍数			—		
shinchoritsu		心調律			—		
kokyufuzen					—		
kyukyujyushinji					—		
pf		救急受診時のP/F比			半角数字	3	
kokyuHojo		救急受診時の呼吸補助					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
nyushitsuji					—		
pf		治療室又は病棟入室時のP/F比			半角数字	3	
kokyuHojo		治療室又は病棟入室時の呼吸補助					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
ryoyoSanteiFlg		療養病棟入院基本料算定フラグ			真偽値		true:算定している
yokaigo		要介護			—		
yokaigodo		要介護度					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
start					—		
date		算定開始日			半角数字	8 固定	
teieiyo		様式1開始時 低栄養の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
setsuenge		様式1開始時 摂食・嚥下機能障害の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
keikan					—		
keibi		様式1開始時 経管・経静脈栄養の状況 経鼻胃管					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
iro		様式1開始時 経管・経静脈栄養の状況 胃瘻・腸瘻					
massyo		様式1開始時 経管・経静脈栄養の状況 末梢静脈栄養					
cyushin		様式1開始時 経管・経静脈 栄養の状況 中心静脈栄養					
end					—		
date		算定終了日			半角数字	8 固定	
teieiyo		様式1終了時 低栄養の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
setsuenge		様式1終了時 摂食・嚥下機能障害の有無					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
keikan					—		
keibi		様式1終了時 経管・経静脈栄養の状況 経鼻胃管					該当年度の「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の入力値
iro		様式1終了時 経管・経静脈栄養の状況 胃瘻・腸瘻					
massyo		様式1終了時 経管・経静脈栄養の状況 末梢静脈栄養					
cyushin		様式1終了時 経管・経静脈栄養の状況 中心静脈栄養					

- ・要素と属性の名称は、大文字／小文字が区別されます。
- ・必須の見方 (●…必須の要素です。 ▲…親要素は省略可能ですが、親要素を指定した場合に必須となる要素です。)
- ・複数の見方 (●…繰り返しの記述が可能な要素です。)

要素	属性	項目名	必須	複数	データ型	最大桁数	説明
dpcInfo		診断群分類番号			—		
dekidakaRiyu		出来高理由			文字	100	
freeranInfo		自由入力欄			—		
biko		備考			文字	500	
freeAreaList					—		
freeArea		自由入力欄		●	文字	100	
memoList					—		
memo		メモ		●	—		
freeCol1		項目1			文字	50	
freeCol2		項目2			文字	200	

転棟、同一疾病で7日以内の再入院、及び、一連の様式1データは、一覧の「優先する値」の内容で作成しております。  
 データによっては修正が必要になると考えられます。その際は、「様式1の確認・ファイル出力」で修正を行ってください。  
 操作方法につきましては、「4. 様式1の確認・ファイル出力」に記入しておりますのでご参照ください。

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
A000010	患者属性	1 生年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 性別	
		3 患者住所地域の郵便番号	
A000020	入院情報	1 入院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 入院経路	
		3 他院よりの紹介の有無	
		4 自院の外来からの入院	
		5 予定・救急医療入院	
		6 救急車による搬送の有無	
		7 入院前の在宅医療の有無	
		8 自傷行為・自殺企図の有無	
A000030	退院情報	1 退院年月日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		2 退院先	
		3 退院時転帰	
		4 24時間以内の死亡の有無	
		5 退院後の在宅医療の有無	
A000031	様式1対象期間	1 様式1開始日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 様式1終了日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
A000040	診療科	2 診療科コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 転科の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000050	病棟	2 調査対象となる一般病棟への入院の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
		3 調査対象となる精神科病棟への入院の有無	
		4 調査対象となるその他の病棟への入院の有無	
A000060	診療目的・経過	2 入院中の主な診療目的	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 治療実施の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000070	前回退院	1 前回退院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 前回同一疾病で自院入院の有無	
A000080	再入院調査	2 再入院種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A000090	再転棟調査	2 再転棟種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A001010	患者プロフィール/身長・体重	2 身長	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 体重	
A001020	患者プロフィール/喫煙指数	2 喫煙指数	関連する入院歴の最大の値
A001030	患者プロフィール/褥瘡	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。
		2 退棟日	
		3 入棟時の褥瘡の有無	
		4 退棟時の褥瘡の有無	
A002010	妊婦情報	2 現在の妊娠の有無	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 入院時の妊娠週数	
A003010	出生児情報	2 出生時体重	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 出生時妊娠週数	
A004010	高齢者情報	2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
A006010	診断情報/主傷病	2 主傷病ICD10コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 空欄	
		4 主傷病傷病名コード	
		5 主傷病修飾語コード	
		6 主傷病修飾語コード	
		7 主傷病修飾語コード	
		8 主傷病修飾語コード	
		9 主傷病名	
		A006020	
3 空欄			
4 入院の契機となった傷病名コード			
5 入院の契機となった修飾語コード			
6 入院の契機となった修飾語コード			
7 入院の契機となった修飾語コード			
8 入院の契機となった修飾語コード			
9 入院の契機となった傷病名			
A006030	診断情報/医療資源		2 医療資源を最も投入したICD10コード
		3 病名付加コード	
		4 医療資源を最も投入した傷病名コード	
		5 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		6 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		7 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		8 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		9 医療資源を最も投入した傷病名	
		A006031	診断情報/医療資源2
3 空欄			
4 医療資源を2番目に投入した傷病名コード			
5 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
6 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
7 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
8 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
9 医療資源を2番目に投入した傷病名			

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値			
A006040	診断情報/併存症	2 入院時併存症ICD10コード	関連する入院歴の先頭歴から最大10件のデータから値を取得			
		3 空欄				
		4 入院時併存症傷病名コード				
		5 入院時併存症修飾語コード				
		6 入院時併存症修飾語コード				
		7 入院時併存症修飾語コード				
		8 入院時併存症修飾語コード				
		9 入院時併存症名				
		A006050		診断情報/続発症	2 入院後発症疾患ICD10コード	関連する入院歴の最終歴から先頭歴に向かって、最大10件のデータから値を取得
3 空欄						
4 入院後発症疾患傷病名コード						
5 入院後発症疾患修飾語コード						
6 入院後発症疾患修飾語コード						
7 入院後発症疾患修飾語コード						
8 入院後発症疾患修飾語コード						
9 入院後発症疾患名						
A006060	診断情報/難病		2 難病の告示番号1		関連する入院歴の最終歴から先頭歴に向かって、告示番号1、告示番号2の順に並べ、その先頭から2件取得。 医療費助成の有無は取得した告示番号の有無を取得	
		3 医療費助成の有無1				
		4 難病の告示番号2				
		5 医療費助成の有無2				
		9 入院時併存症名				
A007010	手術情報	1 手術日	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって、最大5件のデータから値を取得			
		2 点数表コード				
		3 空欄				
		4 手術回数				
		5 手術側数				
		6 麻酔				
		9 手術名				
		ADL0010		ADLスコア/入院時	2 入院時のADLスコア	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		ADL0020		ADLスコア/退院時	2 退院時のADLスコア	関連する入院歴の最終歴から値を取得
CAN0010	がん患者/初発・再発	2 空欄	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
		3 がんの初発、再発				
CAN0020	がん患者/UICC TNM	2 空欄	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
		3 UICC病期分類(T)				
		4 UICC病期分類(N)				
		5 UICC病期分類(M)				
		6 UICC病期分類(版)				
		9 入院時併存症名				
CAN0030	がん患者/Stage	2 空欄	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
		3 癌取扱い規約に基づくがんのStage分類				
CAN0040	がん患者/化学療法の有無	2 空欄	関連する入院歴から、3→2→1→4→0の優先順位で取得			
		3 化学療法の有無				
FIM0010	FIM	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。			
		2 退棟日				
		3 入棟時FIM 得点				
		4 退棟時FIM 得点				
JCS0010	JCS/入院時	2 入院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の先頭歴から値を取得			
JCS0020	JCS/退院時	2 退院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
M010010	脳卒中患者/入院前	2 発症前 Rankin Scale	関連する入院歴の先頭歴から値を取得			
		3 脳卒中の発症時期	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
M010020	脳卒中患者/退院時	2 退院時 modified Rankin Scale	関連する入院歴の先頭歴から値を取得			
M010030	脳腫瘍患者/テモゾロミド	2 テモゾロミド(初回治療)の有無	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
M040010	MDC04患者/Hugh-Jones	2 Hugh-Jones分類	関連する入院歴の最大の値			
M040020	肺炎患者/重症度	2 肺炎の重症度分類	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
		3 医療介護関連肺炎に該当の有無				
M050010	心疾患患者/NYHA	2 NYHA 心機能分類	関連する入院歴の最大の値			
M050020	狭心症、慢性虚血性心疾患患者情報/CCS	2 狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度:CCS分類	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
M050030	急性心筋梗塞患者情報/Killip	2 急性心筋梗塞(050030)における入院時の重症度:Killip分類	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
M050040	心不全患者/血行動態的特徴	2 心不全の発症時期	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
		3 収縮期血圧				
		4 心拍数				
		5 心調律				
		9 入院時併存症名				
M060010	肝硬変患者情報/Child-	2 肝硬変のChild-Pugh分類	関連する入院歴の最大の値			
M060020	急性膵炎患者情報/重症度	2 急性膵炎の重症度分類	関連する入院歴で、A.予後因子、B.造影剤CT毎の最大の値。 Aの最大は9、Bの最大は4 ※99(ABともに9は不明)は最小。*8(Bが8はB不明)はBの最小 「A:0~9 B:0~4」 > 「A:0~9 B:8」 > 99			
		9 入院時併存症名				
M070010	関節リウマチ患者情報/分子標的薬	2 抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
M120010	産科患者情報/分娩	2 入院周辺の分娩の有無	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
		3 分娩時出血量				
M160010	熱傷患者情報/BurnIndex	2 BurnIndex	関連する入院歴の最大の値			
M170010	精神疾患・認知症患者情報/入院時GAF	2 入院時GAF尺度	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
M170020	精神保健福祉法に関する情報	2 精神保健福祉法における入院形態	関連する入院歴の最終歴から値を取得			
		3 精神保健福祉法に基づく隔離日数				
		4 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数				
Mzz0010	その他の重症度分類	2 その他の重症度分類・分類番号または記号				
		9 その他の重症度分類・名称				

転棟、同一疾病で7日以内の再入院、及び、一連の様式1データは、一覧の「優先する値」の内容で作成しております。  
データによっては修正が必要になると考えられます。その際は、「様式1の確認・ファイル出力」で修正を行ってください。  
操作方法につきましては、「4. 様式1の確認・ファイル出力」に記入しておりますのでご参照ください。

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
A000010	患者属性	1 生年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 性別	
		3 患者住所地域の郵便番号	
A000020	入院情報	1 入院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 入院経路	
		3 他院よりの紹介の有無	
		4 自院の外來からの入院	
		5 予定・救急医療入院	
		6 救急車による搬送の有無	
		7 入院前の在宅医療の有無	
		8 自傷行為・自殺企図の有無	関連する入院歴の内、精神病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
A000030	退院情報	1 退院年月日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		2 退院先	
		3 退院時転帰	
		4 24時間以内の死亡の有無	
		5 退院後の在宅医療の有無	
A000031	様式1対象期間	1 様式1開始日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 様式1終了日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
A000040	診療科	2 診療科コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 転科の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000050	病棟	2 調査対象となる一般病棟への入院の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
		3 調査対象となる精神病棟への入院の有無	
		4 調査対象となるその他の病棟への入院の有無	
A000060	診療目的・経過	2 入院中の主な診療目的	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 治験実施の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000070	前回退院	1 前回退院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 前回同一傷病で自院入院の有無	
A000080	再入院調査	2 再入院種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A000090	再転棟調査	2 再転棟種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A001010	患者プロフィール/身長・体重	2 身長	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 体重	
A001020	患者プロフィール/喫煙指数	2 喫煙指数	関連する入院歴の最大の値
A001030	患者プロフィール/褥瘡	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。
		2 退棟日	
		3 入棟時の褥瘡の有無	
		4 退棟時の褥瘡の有無	
A002010	妊婦情報	2 現在の妊娠の有無	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 入院時の妊娠週数	
A003010	出生児情報	2 出生時体重	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 出生時妊娠週数	
A004010	高齢者情報	2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって、様式1終了日が2018/04/01以降となった最初の入院歴から値を取得。
A004020	要介護度	2 要介護度	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
A004030	要介護情報	1 算定開始日	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		2 算定終了日	
		3 低栄養の有無(算定開始時)	
		4 摂食・嚥下機能障害の有無(算定開始時)	
		5 低栄養の有無(算定終了時)	
		6 摂食・嚥下機能障害の有無(算定終了時)	
A006010	診断情報/主傷病	2 主傷病ICD10コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを変換(2003年版→2013年版)
		3 空欄	
		4 主傷病傷病名コード	
		5 主傷病修飾語コード	
		6 主傷病修飾語コード	
		7 主傷病修飾語コード	
		8 主傷病修飾語コード	
		9 主傷病名	
A006020	診断情報/入院契機	2 入院の契機となったICD10コード	関連する入院歴の先頭歴から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを変換(2003年版→2013年版)
		3 空欄	
		4 入院の契機となった傷病名コード	
		5 入院の契機となった修飾語コード	
		6 入院の契機となった修飾語コード	
		7 入院の契機となった修飾語コード	
		8 入院の契機となった修飾語コード	
		9 入院の契機となった傷病名	
A006030	診断情報/医療資源	2 医療資源を最も投入したICD10コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを変換(2003年版→2013年版)
		3 病名付加コード	
		4 医療資源を最も投入した傷病名コード	
		5 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		6 医療資源を最も投入した修飾語コード	



コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
		7 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		8 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		9 医療資源を最も投入した傷病名	
A006031	診断情報/医療資源2	2 医療資源を2番目に投入したICD10コード	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを変換(2003年版→2013年版)
		3 空欄	
		4 医療資源を2番目に投入した傷病名コード	
		5 医療資源を2番目に投入した修飾語コード	
		6 医療資源を2番目に投入した修飾語コード	
		7 医療資源を2番目に投入した修飾語コード	
		8 医療資源を2番目に投入した修飾語コード	
		9 医療資源を2番目に投入した傷病名	
A006040	診断情報/併存症	2 入院時併存症ICD10コード	
		3 空欄	
		4 入院時併存症傷病名コード	
		5 入院時併存症修飾語コード	
		6 入院時併存症修飾語コード	
		7 入院時併存症修飾語コード	
		8 入院時併存症修飾語コード	
		9 入院時併存症名	
A006050	診断情報/続発症	2 入院後発症疾患ICD10コード	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から <b>先頭歴</b> に向かって、最大10件のデータから値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを変換(2003年版→2013年版)
		3 空欄	
		4 入院後発症疾患傷病名コード	
		5 入院後発症疾患修飾語コード	
		6 入院後発症疾患修飾語コード	
		7 入院後発症疾患修飾語コード	
		8 入院後発症疾患修飾語コード	
		9 入院後発症疾患名	
A006060	診断情報/難病	2 難病の告示番号1	
		3 医療費助成の有無1	
		4 難病の告示番号2	
		5 医療費助成の有無2	
A007010	手術情報	1 手術日	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から <b>最終歴</b> に向かって、 <b>輸血を除いた</b> 最大5件のデータから値を取得
		2 点数表コード	
		3 <b>手術基幹コード</b>	
		4 手術回数	
		5 手術側数	
		6 麻酔	
		9 手術名	
ADL0010	ADLスコア/入院時	2 入院時のADLスコア	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得
ADL0020	ADLスコア/退院時	2 退院時のADLスコア	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
CAN0010	がん患者/初発・再発	2 空欄	
		3 がんの初発、再発	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
CAN0020	がん患者/UICC TNM	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 UICC病期分類(T)	
		4 UICC病期分類(N)	
		5 UICC病期分類(M)	
		6 UICC病期分類(版)	
CAN0030	がん患者/Stage	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 癌取扱い規約に基づくがんのStage分類	
CAN0040	がん患者/化学療法の有無	2 空欄	関連する入院歴から、3→2→1→4→0の優先順位で取得
		3 化学療法の有無	
FIM0010	FIM	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。
		2 退棟日	
		3 入棟時FIM 得点	
		4 退棟時FIM 得点	
		5 <b>入棟時体重</b>	
		6 <b>退棟時体重</b>	
JCS0010	JCS/入院時	2 入院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得
JCS0020	JCS/退院時	2 退院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M010010	脳卒中患者/入院前	2 発症前 Rankin Scale	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得
		3 脳卒中の発症時期	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M010020	脳卒中患者/退院時	2 退院時 modified Rankin Scale	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得
M010030	脳腫瘍患者/テモゾロミド	2 テモゾロミド(初回治療)の有無	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M040010	MDC04患者/Hugh-Jones	2 Hugh-Jones分類	関連する入院歴の <b>最大の値</b>
M040020	肺炎患者/重症度	2 肺炎の重症度分類	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 医療介護関連肺炎に該当の有無	
M050010	心疾患患者/NYHA	2 NYHA 心機能分類	関連する入院歴の <b>最大の値</b>
M050020	狭心症、慢性虚血性心疾患患者情報/CCS	2 狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度:CCS分類	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M050030	急性心筋梗塞患者情報/Killip	2 急性心筋梗塞(050030)における入院時の重症度:Killip分類	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M050040	心不全患者/血行動態的特	3 収縮期血圧	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M060010	肝硬変患者情報/Child-Pugh	2 肝硬変のChild-Pugh分類	関連する入院歴の <b>最大の値</b>
M060020	急性膵炎患者情報/重症度	2 急性膵炎の重症度分類	関連する入院歴で、 <b>A. 予後因子</b> 、 <b>B.造影剤CT毎の最大の値</b> 。 Aの最大は9、Bの最大は4 ※99(ABともに9は不明)は最小。*8(Bが8はB不明)はBの最小 「A:0~9 B:0~4」 > 「A:0~9 B:8」 > 99
M070010	関節リウマチ患者情報/分子標的薬	2 抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M120010	産科患者情報/分娩	2 入院周辺の分娩の有無	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 分娩時出血量	
M160010	熱傷患者情報/BurnIndex	2 BurnIndex	関連する入院歴の <b>最大の値</b>
M170010	精神疾患・認知症患者情報/入院時GAF	2 入院時GAF尺度	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M170020	精神保健福祉法に関する情報	2 精神保健福祉法における入院形態	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 精神保健福祉法に基づく隔離日数	
		4 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
M180010	SOFA スコア/特定集中治療室	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 入室日当日測定日	
		3 入室日翌日測定日	
		4 退室日測定日	
		5 空欄	
		6 入室日当日測定値	
		7 入室日翌日測定値	
		8 退室日測定値	
M180011	SOFA スコア/敗血症	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 治療開始日当日測定日	
		3 治療開始日翌日測定日	
		4 空欄	
		5 空欄	
		6 治療開始日当日測定値	
		7 治療開始日翌日測定値	
		8 空欄	
M180020	pSOFA スコア/特定集中治療室	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 入室日当日測定日	
		3 入室日翌日測定日	
		4 退室日測定日	
		5 空欄	
		6 入室日当日測定値	
		7 入室日翌日測定値	
		8 退室日測定値	
M180021	pSOFA スコア/敗血症	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 治療開始日当日測定日	
		3 治療開始日翌日測定日	
		4 空欄	
		5 空欄	
		6 治療開始日当日測定値	
		7 治療開始日翌日測定値	
		8 空欄	
Mzz0010	その他の重症度分類	2 その他の重症度分類・分類番号または記号	
		9 その他の重症度分類・名称	

転棟、同一疾病で7日以内の再入院、及び、一連の様式1データは、一覧の「優先する値」の内容で作成しております。  
 データによっては修正が必要になると考えられます。その際は、「様式1の確認・ファイル出力」で修正を行ってください。  
 操作方法につきましては、「4. 様式1の確認・ファイル出力」に記入しておりますのでご参照ください。

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
A000010	患者属性	1 生年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 性別	
		3 患者住所地域の郵便番号	
A000020	入院情報	1 入院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得 ※予定・救急医療入院の「救急医療管理加算2の算定要件に該当する患者の状態」について、 2018年度以前(310)→2020年度(311～320)に変更となったが、2018年度以前の入院歴は310で作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、310→320に変換
		2 入院経路	
		3 他院よりの紹介の有無	
		4 自院の外来からの入院	
		5 予定・救急医療入院	
		6 救急車による搬送の有無	
		7 入院前の在宅医療の有無	
		8 自傷行為・自殺企図の有無	関連する入院歴の内、精神病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
A000030	退院情報	1 退院年月日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		2 退院先	
		3 退院時転帰	
		4 24時間以内の死亡の有無	
		5 退院後の在宅医療の有無	
A000031	様式1対象期間	1 様式1開始日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 様式1終了日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
A000040	診療科	2 診療科コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 転科の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000050	病棟	2 調査対象となる一般病棟への入院の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
		3 調査対象となる精神病棟への入院の有無	
		4 調査対象となるその他の病棟への入院の有無	
A000060	診療目的・経過	2 入院中の主な診療目的	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 治験実施の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000070	前回退院	1 前回退院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 前回同一傷病で自院入院の有無	
A000080	再入院調査	2 再入院種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A000090	再転棟調査	2 再転棟種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A001010	患者プロフィール/身長・体重	2 身長	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 体重	
A001020	患者プロフィール/喫煙指数	2 喫煙指数	関連する入院歴の最大の値
A001030	患者プロフィール/褥瘡	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。
		2 退棟日	
		3 入棟時の褥瘡の有無	
		4 退棟時の褥瘡の有無	
A002010	妊婦情報	2 現在の妊娠の有無	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 入院時の妊娠週数	
A003010	出生児情報	2 出生時体重	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 出生時妊娠週数	
A004010	高齢者情報	2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって、様式1終了日が2018/04/01以降となった最初の入院歴から値を取得。
A004020	要介護度	2 要介護度	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
A004030	要介護情報	1 空欄	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		2 空欄	
		3 低栄養の有無(様式1開始日時点)	
		4 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点)	
		5 低栄養の有無(様式1終了日時点)	
		6 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1終了日時点)	
		7 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点)	
		8 経管・経静脈栄養の状況(様式1終了日時点)	
A006010	診断情報/主傷病	2 主傷病ICD10コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを変換(2003年版→2013年版)
		3 空欄	
		4 主傷病傷病名コード	
		5 主傷病修飾語コード	
		6 主傷病修飾語コード	
		7 主傷病修飾語コード	
		8 主傷病修飾語コード	
		9 主傷病名	
		A006020	
3 空欄			
4 入院の契機となった傷病名コード			
5 入院の契機となった修飾語コード			
6 入院の契機となった修飾語コード			
7 入院の契機となった修飾語コード			
8 入院の契機となった修飾語コード			
9 入院の契機となった傷病名			

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値			
A006030	診断情報/医療資源	2 医療資源を最も投入したICD10コード	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、 <b>転棟</b> の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを <b>変換</b> (2003年版→2013年版)			
		3 病名付加コード				
		4 医療資源を最も投入した傷病名コード				
		5 医療資源を最も投入した修飾語コード				
		6 医療資源を最も投入した修飾語コード				
		7 医療資源を最も投入した修飾語コード				
		8 医療資源を最も投入した修飾語コード				
		9 医療資源を最も投入した傷病名				
		A006031		診断情報/医療資源2	2 医療資源を2番目に投入したICD10コード	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、 <b>転棟</b> の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを <b>変換</b> (2003年版→2013年版)
3 空欄						
4 医療資源を2番目に投入した傷病名コード						
5 医療資源を2番目に投入した修飾語コード						
6 医療資源を2番目に投入した修飾語コード						
7 医療資源を2番目に投入した修飾語コード						
8 医療資源を2番目に投入した修飾語コード						
9 医療資源を2番目に投入した傷病名						
A006040	診断情報/併存症		2 入院時併存症ICD10コード		関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から最大10件のデータから値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、 <b>転棟</b> の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを <b>変換</b> (2003年版→2013年版)	
		3 空欄				
		4 入院時併存症傷病名コード				
		5 入院時併存症修飾語コード				
		6 入院時併存症修飾語コード				
		7 入院時併存症修飾語コード				
		8 入院時併存症修飾語コード				
		9 入院時併存症名				
		A006050	診断情報/続発症	2 入院後発症疾患ICD10コード		関連する入院歴の <b>最終歴</b> から <b>先頭歴</b> に向かって、最大10件のデータから値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、 <b>転棟</b> の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを <b>変換</b> (2003年版→2013年版)
3 空欄						
4 入院後発症疾患傷病名コード						
5 入院後発症疾患修飾語コード						
6 入院後発症疾患修飾語コード						
7 入院後発症疾患修飾語コード						
8 入院後発症疾患修飾語コード						
9 入院後発症疾患名						
A006060	診断情報/難病			2 難病の告示番号1	関連する入院歴の最終歴から先頭歴に向かって、告示番号1、告示番号2の順に並べ、その先頭から2件取得。 医療費助成の有無は取得した告示番号の有無を取得	
		3 医療費助成の有無1				
		4 難病の告示番号2				
		5 医療費助成の有無2				
		9 手術名				
A007010	手術情報	1 手術日	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から <b>最終歴</b> に向かって、 <b>輸血とダミーコード</b> を除いた最大5件のデータから値を取得			
		2 点数表コード				
		3 手術基幹コード				
		4 手術回数				
		5 手術側数				
		6 麻酔				
		9 手術名				
		ADL0010		ADLスコア/入院時	2 入院時のADLスコア	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得
		ADL0020		ADLスコア/退院時	2 退院時のADLスコア	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
ADL0030	ADLスコア/地域包括ケア入棟・入室時	2 入棟・入室時のADLスコア	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から3件取得。			
ADL0040	ADLスコア/地域包括ケア退棟・退室時	2 退棟・退室時のADLスコア	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から3件取得。			
CAN0010	がん患者/初発・再発	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
		3 がんの初発、再発				
		6 UICC病期分類(版)				
CAN0020	がん患者/UICC TNM	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
		3 UICC病期分類(T)				
		4 UICC病期分類(N)				
		5 UICC病期分類(M)				
		6 UICC病期分類(版)				
		3 癌取扱い規約に基づくがんのStage分類		関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得		
CAN0030	がん患者/Stage	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
		3 化学療法の有無		関連する入院歴から、3→2→1→4→0の優先順位で取得		
CAN0040	がん患者/化学療法の有無	2 空欄	関連する入院歴から、3→2→1→4→0の優先順位で取得			
		3 化学療法の有無				
FIM0010	FIM	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。			
		2 退棟日				
		3 入棟時FIM 得点				
		4 退棟時FIM 得点				
		5 入棟時体重				
		6 退棟時体重				
JCS0010	JCS/入院時	2 入院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得			
JCS0020	JCS/退院時	2 退院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
M010010	脳卒中患者/入院前	2 発症前 Rankin Scale	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得			
		3 脳卒中の発症時期	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
		2 退院時 modified Rankin Scale	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得			
M010020	脳卒中患者/退院時	2 退院時 modified Rankin Scale	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得			
M010030	脳腫瘍患者/テモゾロミド	2 テモゾロミド(初回治療)の有無	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
M040010	MDC04患者/Hugh-Jones	2 Hugh-Jones分類	関連する入院歴の <b>最大の値</b>			
M040020	肺炎患者/重症度	2 肺炎の重症度分類	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
		3 医療介護関連肺炎に該当の有無				
		2 NYHA 心機能分類		関連する入院歴の <b>最大の値</b>		
M050010	心疾患患者/NYHA	2 NYHA 心機能分類	関連する入院歴の <b>最大の値</b>			
M050020	狭心症、慢性虚血性心疾患患者情報/CCS	2 狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度:CCS分類	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
M050030	急性心筋梗塞患者情報/Killip	2 急性心筋梗塞(050030)における入院時の重症度:Killip分類	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
M050040	心不全患者/血行動態的特徴	3 収縮期血圧	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得			
M060010	肝硬変患者情報/Child-Pugh	2 肝硬変のChild-Pugh分類	関連する入院歴の <b>最大の値</b>			
M060020	急性膵炎患者情報/重症度	2 急性膵炎の重症度分類	関連する入院歴で、 <b>A.予後因子</b> 、 <b>B.造影剤CT毎の最大の値</b> 。 Aの最大は9、Bの最大は4 ※99(ABともに9は不明)は最小。*8(Bが8はB不明)はBの最小 「A:0~9 B:0~4」 > 「A:0~9 B:8」 > 99			

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
M120010	産科患者情報/分娩	2 入院周辺の分娩の有無	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 分娩時出血量	
M160010	熱傷患者情報/BurnIndex	2 BurnIndex	関連する入院歴の <b>最大の値</b>
M170010	精神疾患・認知症患者情報/入院時GAF	2 入院時GAF尺度	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
M170020	精神保健福祉法に関する情報	2 精神保健福祉法における入院形態	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 精神保健福祉法に基づく隔離日数	
		4 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	
M180010	SOFA スコア/特定集中治療室	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 入室日当日測定日	
		3 入室日翌日測定日	
		4 退室日測定日	
		5 空欄	
		6 入室日当日測定値	
		7 入室日翌日測定値	
		8 退室日測定値	
M180011	SOFA スコア/敗血症	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 治療開始日当日測定日	
		3 治療開始日翌日測定日	
		4 空欄	
		5 空欄	
		6 治療開始日当日測定値	
		7 治療開始日翌日測定値	
		8 空欄	
M180020	pSOFA スコア/特定集中治療室	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 入室日当日測定日	
		3 入室日翌日測定日	
		4 退室日測定日	
		5 空欄	
		6 入室日当日測定値	
		7 入室日翌日測定値	
		8 退室日測定値	
M180021	pSOFA スコア/敗血症	1 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
		2 治療開始日当日測定日	
		3 治療開始日翌日測定日	
		4 空欄	
		5 空欄	
		6 治療開始日当日測定値	
		7 治療開始日翌日測定値	
		8 空欄	
Mzz0010	その他の重症度分類	2 その他の重症度分類・分類番号または記号	
		9 その他の重症度分類・名称	

転棟、同一疾病で7日以内の再入院、及び、一連の様式1データは、一覧の「優先する値」の内容で作成しております。  
データによっては修正が必要になると考えられます。その際は、「様式1の確認・ファイル出力」で修正を行ってください。  
操作方法につきましては、「4. 様式1の確認・ファイル出力」に記入しておりますのでご参照ください。

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
A000010	患者属性	1 生年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 性別	
		3 患者住所地域の郵便番号	
A000020	入院情報	1 入院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得 ※予定・救急医療入院の「救急医療管理加算2の算定要件に該当する患者の状態」について、 2018年度以前(310)→2020年度(311～320)に変更となったが、2018年度以前の入院歴は310で作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、310→320に変換
		2 入院経路	
		3 他院よりの紹介の有無	
		4 自院の外来からの入院	
		5 予定・救急医療入院	
		6 救急車による搬送の有無	
		7 入院前の在宅医療の有無	
8 自傷行為・自殺企図の有無	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※「その他」は2020年度以前(7)→2022年度(10)、「無」は2020年度以前(9)→2022年度(99)にそれぞれ変更となったため、2020年度以前の入院歴を対象として転棟の様式1データを作成する場合に限り、7→10、9→99にそれぞれ変換		
9 過去の自傷行為・自殺企図の有無	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。		
A000030	退院情報	1 退院年月日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		2 退院先	
		3 退院時転帰	
		4 24時間以内の死亡の有無	
		5 退院後の在宅医療の有無	
A000031	様式1対象期間	1 様式1開始日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 様式1終了日	関連する入院歴の最終歴から値を取得
A000040	診療科	2 診療科コード	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 転科の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000050	病棟	2 調査対象となる一般病棟への入院の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
		3 調査対象となる精神病棟への入院の有無	
		4 調査対象となるその他の病棟への入院の有無	
A000060	診療目的・経過	2 入院中の主な診療目的	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 治験実施の有無	関連する入院歴の最大の値(1を優先)
A000070	前回退院	1 前回退院年月日	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		2 前回同一傷病で自院入院の有無	
A000080	再入院調査	2 再入院種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A000090	再転棟調査	2 再転棟種別	関連する入院歴の内、一般病棟グループを対象とし、先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。 ※自由記載欄については、理由の種別がその他の場合のみ値を取得。
		3 理由の種別	
		9 自由記載欄	
A001010	患者プロフィール/身長・体重	2 身長	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 体重	
A001020	患者プロフィール/喫煙指数	2 喫煙指数	関連する入院歴の最大の値
A001030	患者プロフィール/褥瘡	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。 ※褥瘡の有無の4桁目：炎症・感染について、「局所の明らかな感染徴候あり」は2020年度以前(2)→2022年度(3)、「全身的影響あり」は2020年度以前(3)→2022年度(4)にそれぞれ変更となったため、2020年度以前の入院歴を対象として転棟の様式1データを作成する場合に限り、2→3、3→4にそれぞれ変換
		2 退棟日	
		3 入棟時の褥瘡の有無	
		4 退棟時の褥瘡の有無	
A002010	妊婦情報	2 現在の妊娠の有無	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 入院時の妊娠週数	
A003010	出生児情報	2 出生時体重	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 出生時妊娠週数	
A004010	高齢者情報	2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって、様式1終了日が2018/04/01以降となった最初の入院歴から値を取得。
A004020	要介護度	2 要介護度	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
A004030	要介護情報	1 空欄	
		2 空欄	
		3 低栄養の有無(様式1開始日時点)	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		4 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点)	
		5 低栄養の有無(様式1終了日時点)	関連する入院歴の最終歴から先頭歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		6 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1終了日時点)	
		7 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点)	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		8 経管・経静脈栄養の状況(様式1終了日時点)	関連する入院歴の最終歴から先頭歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
A006010	診断情報/主傷病	2 主傷病ICD10コード	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得 ※2018年度以前の入院歴は2003年版のICDコードで作成されていることを考慮して、転棟の様式1データを作成する場合に限り、ICDコードを変換(2003年版→2013年版)
		3 空欄	
		4 主傷病傷病名コード	
		5 主傷病修飾語コード	
		6 主傷病修飾語コード	
		7 主傷病修飾語コード	
		8 主傷病修飾語コード	
		9 主傷病名	
		A006020	
3 空欄			
4 入院の契機となった傷病名コード			
5 入院の契機となった修飾語コード			
6 入院の契機となった修飾語コード			
7 入院の契機となった修飾語コード			
8 入院の契機となった修飾語コード			
9 入院の契機となった傷病名			
A006030	診断情報/医療資源		2 医療資源を最も投入したICD10コード
		3 病名付加コード	
		4 医療資源を最も投入した傷病名コード	
		5 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		6 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		7 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		8 医療資源を最も投入した修飾語コード	
		9 医療資源を最も投入した傷病名	
		A006031	診断情報/医療資源2
3 空欄			
4 医療資源を2番目に投入した傷病名コード			
5 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
6 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
7 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
8 医療資源を2番目に投入した修飾語コード			
9 医療資源を2番目に投入した傷病名			
A006040	診断情報/併存症		
		3 空欄	
		4 入院時併存症傷病名コード	
		5 入院時併存症修飾語コード	
		6 入院時併存症修飾語コード	
		7 入院時併存症修飾語コード	
		8 入院時併存症修飾語コード	
		9 入院時併存症名	
		A006050	診断情報/続発症
3 空欄			
4 入院後発症疾患傷病名コード			
5 入院後発症疾患修飾語コード			
6 入院後発症疾患修飾語コード			
7 入院後発症疾患修飾語コード			
8 入院後発症疾患修飾語コード			
9 入院後発症疾患名			
A006060	診断情報/難病		
		3 医療費助成の有無1	
		4 難病の告示番号2	
		5 医療費助成の有無2	
A007010	手術情報	1 手術日	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から <b>最終歴</b> に向かって、 <b>輸血とダミーコードを除いた最大10件</b> のデータから値を取得
		2 点数表コード	
		3 手術基幹コード	
		4 手術回数	
		5 手術側数	
		6 麻酔	
		9 手術名	
ADL0010	ADLスコア/入院時	2 入院時のADLスコア	関連する入院歴の <b>先頭歴</b> から値を取得
ADL0020	ADLスコア/退院時	2 退院時のADLスコア	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
ADL0030	ADLスコア/地域包括ケア入棟・入室時	2 入棟・入室時のADLスコア	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から3件取得。
ADL0040	ADLスコア/地域包括ケア退棟・退室時	2 退棟・退室時のADLスコア	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から3件取得。
CAN0010	がん患者/初発・再発	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 がんの初発、再発	
CAN0020	がん患者/UICC TNM	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 UICC病期分類(T)	
		4 UICC病期分類(N)	
		5 UICC病期分類(M)	
		6 UICC病期分類(版)	
CAN0030	がん患者/Stage	2 空欄	関連する入院歴の <b>最終歴</b> から値を取得
		3 癌取扱い規約に基づくがんのStage分類	
CAN0040	がん患者/化学療法の有無	2 空欄	関連する入院歴から、3→2→1→4→0の優先順位で取得
		3 化学療法の有無	
FIM0010	FIM	1 入棟日	関連する入院歴を入棟日順にし、古い順から3件取得。 入棟日が同じ場合は様式1開始日時が古い方を優先。
		2 退棟日	
		3 入棟時FIM 得点	
		4 退棟時FIM 得点	
		5 入棟時体重	
		6 退棟時体重	

コード	ペイロード種別	項目名	優先する値
JCS0010	JCS/入院時	2 入院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 救急受診時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		4 治療室又は病棟入室時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
JCS0020	JCS/退院時	2 退院時意識障害がある場合のJCS	関連する入院歴の最終歴から値を取得
M010010	脳卒中患者/入院前	2 発症前 Rankin Scale	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
		3 脳卒中の発症時期	関連する入院歴の最終歴から値を取得
M010020	脳卒中患者/退院時	2 退院時 modified Rankin Scale	関連する入院歴の先頭歴から値を取得
M010030	脳腫瘍患者/テモゾロミド	2 テモゾロミド(初回治療)の有無	関連する入院歴の最終歴から値を取得
M040010	MDC04患者/Hugh-Jones	2 Hugh-Jones分類	関連する入院歴の最大の値
M040020	肺炎患者/重症度	2 肺炎の重症度分類	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		3 医療介護関連肺炎に該当の有無	
M040030	呼吸不全患者/P/F比	2 救急受診時のP/F比	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		3 救急受診時の呼吸補助	
		4 治療室又は病棟入室時のP/F比	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		5 治療室又は病棟入室時の呼吸補助	
M050010	心疾患患者/NYHA	2 NYHA 心機能分類	関連する入院歴の最大の値
		3 救急受診時のNYHA 心機能分類	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
		4 治療室又は病棟入室時のNYHA 心機能分類	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
M050020	狭心症、慢性虚血性心疾患患者情報/CCS	2 狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度:CCS分類	関連する入院歴の最終歴から値を取得
M050030	急性心筋梗塞患者情報/Killip	2 急性心筋梗塞(050030)における入院時の重症度:Killip分類	関連する入院歴の最終歴から値を取得
M050040	心不全患者/血行動態的特徴	3 収縮期血圧	関連する入院歴の最終歴から値を取得
M050050	急性心筋梗塞患者情報/発症時期	2 急性心筋梗塞(050030)の発症時期	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
M050060	心不全患者情報/左室駆出率	2 入院時左室駆出率	関連する入院歴の先頭歴から最終歴に向かって最初に値が入っている入院歴の値を取得。
M050070	解離性大動脈瘤情報/Stanford A/B型	2 Stanford A/B型	関連する入院歴の最大の値。 ※「Stanford A型:1」 > 「Stanford B型:2」 > 「分類不能:0」
M060010	肝硬変患者情報/Child-Pugh	2 肝硬変のChild-Pugh分類	関連する入院歴の最大の値
M060020	急性膵炎患者情報/重症度	2 急性膵炎の重症度分類	関連する入院歴で、A.予後因子,B.造影剤CT毎の最大の値。 Aの最大は9、Bの最大は4 ※99(ABともに9は不明)は最小。*8(Bが8はB不明)はBの最小 「A:0~9 B:0~4」 > 「A:0~9 B:8」 > 99
M120010	産科患者情報/分娩	2 入院周辺の分娩の有無	関連する入院歴の最大の値。 ※「入院中に分娩あり:2」 > 「入院前1週間以内に分娩あり:1」 > 「その他:3」
		3 分娩時出血量	「入院周辺の分娩の有無」と同じ入院歴の値を取得。
M160010	熱傷患者情報/BurnIndex	2 BurnIndex	関連する入院歴の最大の値
M170010	精神疾患・認知症患者情報/入院時GAF	2 入院時GAF尺度	関連する入院歴の最終歴から値を取得
M170020	精神保健福祉法に関する情報	2 精神保健福祉法における入院形態	
		3 精神保健福祉法に基づく隔離日数	関連する入院歴の最終歴から値を取得
		4 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	
M180010	SOFA スコア/特定集中治療室	1 空欄	
		2 入室日当日測定日	
		3 入室日翌日測定日	
		4 退室日測定日	
		5 空欄	
		6 入室日当日測定値	
		7 入室日翌日測定値	
		8 退室日測定値	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
M180011	SOFA スコア/敗血症	1 空欄	
		2 治療開始日当日測定日	
		3 治療開始日翌日測定日	
		4 空欄	
		5 空欄	
		6 治療開始日当日測定値	
		7 治療開始日翌日測定値	
		8 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
M180020	pSOFA スコア/特定集中治療室	1 空欄	
		2 入室日当日測定日	
		3 入室日翌日測定日	
		4 退室日測定日	
		5 空欄	
		6 入室日当日測定値	
		7 入室日翌日測定値	
		8 退室日測定値	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
M180021	pSOFA スコア/敗血症	1 空欄	
		2 治療開始日当日測定日	
		3 治療開始日翌日測定日	
		4 空欄	
		5 空欄	
		6 治療開始日当日測定値	
		7 治療開始日翌日測定値	
		8 空欄	関連する入院歴を様式1開始日時順にし、古い順から2件取得。
Mzz0010	その他の重症度分類	2 その他の重症度分類・分類番号または記号	
		9 その他の重症度分類・名称	