

●診療記録自主管理票●令和4年度版

Ver1.0

これは、医師・看護師等医療機関スタッフの診療記録についての自己点検を目的としたチェックシートです。項目によっては、貴施設に適さない内容も含まれている可能性はありますが、各項目の内容を十分に検討していただき、適切な診療記録管理にお役立てください。

立入検査当日までに施設側で自己点検・自己記入をお願いします。
(適なら[○]、不適なら[×]、貴院に関係のない項目は斜線を記入してください。)

項目の中で、法令に定められている項目には番号の横に”☆”をつけております。

施設名:

点検者名

職種

点検日:

年

月

日

点 検 項 目		自主チェック
■一般事項		
1	インク又はボールペンを用い、鉛筆による記載は行っていない。	
2	第三者にも読みやすいように、わかりやすい文字で丁寧に記載されている。	
3	医学用語は学会用語集に、略語は医学事典に準拠し、個人的なものを使用していない。	
4	内容を修正する場合は、訂正する部分に横線(1本又は2本)を引き元の記載がわかるようにして、修正者の押印又は署名を付している。	
■診療録		
・診療録全般について		
5	診療録は、整理された順に従って閲覧するだけで患者の全体像が把握できる。	
6	診療録は、事実を正確かつ客観的に記載している。	
7	診療録は、論理的に記載されている。	
・診療録記載事項について		
8	☆ 診療を受けた者の住所、氏名、性別、年齢(生年月日)、職業及び被保険者との続柄が記載されている。	
9	☆ 被保険者証に関する記録がある:保険者番号、被保険者証及び被保険者手帳の記号・番号、有効期限、被保険者氏名、資格取得、事業所所在地・名称、保険者所在地・名称	
10	☆ 傷病名が記載されている。	
11	☆ 傷病の開始、終了、転帰、入院期間を記載している。	
12	入院カルテには、主治医名、入院日を記載している。	
13	☆ 傷病の職務上・外の区分、期間満了予定日、労務能力に関する意見、業務災害又は通勤災害の疑いがある場合の記載をしている。	
14	☆ 公費負担者番号が記載されている。	
15	薬剤アレルギー(薬、造影剤等)について、わかりやすいところに記載されている。	
16	実施禁止検査(MRI等)について、わかりやすいところに記載されている。	

・治療経過について		
17	☆ 既往歴(病名、治療内容と期間、感染症、輸血歴など)を記載している。	
18	家族歴を記載している。	
19	☆ 原因(現病歴及び入院時所見)が記載されている。	
20	☆ 主要症状が記載されている。	
21	☆ 診療経過が記載されている。	
22	☆ 診療の都度(入院においては毎日が望ましい。)記載されている。	
23	☆ 診療の年月日が記載されている。	
24	診療内容記載者は押印又は署名を付している。	
25	☆ 画像診断所見、検査所見やデータ分析・評価が記載されている。	
26	☆ 治療方法(処方内容/処置内容)が記載されている。	
27	指示の日時・指示者署名を付記している。	
28	口頭指示の場合でも、事後に指示内容を記載している。	
29	対診を依頼したときは、依頼した側と受けた側が必要な記録(診療情報提供書等)をしている。	
30	☆ 手術の記録には、手術日、手術術式、手術時間、出血量、ガーゼカウント、その他手術記事、術者、麻酔医などを記載している。	
・説明と同意について		
31	患者や家族に対して説明した場合、説明者、日時、相手方及び同席者、説明内容、質問と回答が記載されている。(電話での応対についても診療録に記載している。)	
32	患者(又は家族)に説明し同意が得られた時は、同意書などにより同意された旨確認できる記録がある。	
33	☆ 入院診療計画書を作成し、患者又はその家族へ交付し診療内容を説明している。(原則として、患者が入院した日から起算して7日以内とする。)	
34	説明の際に、患者が希望すればセカンド・オピニオン(第二の医師への相談)が受けられることを説明している。	
35	事故発生時には、その経緯(処置内容・結果)について正確に記載されている。	
36	手術同意書が記載されている。	
37	☆ 患者の退院時に、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明を行うよう努めている。	
■看護記録		
38	日付と記入者の署名が付されている。	
39	体温、脈拍、血圧、呼吸数、食事量などの記録がある。	
40	フォーカスチャータリングやSOAPなど一定の書式に従って記載している。	

41		看護記録として以下の内容を記載した看護記録がある。(入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。)	
		<p>①患者の個人記録(個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの)がある。(ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。)</p> <p>②看護計画に関する記録(個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録したもの)がある。</p> <p>③看護業務の管理に関する記録(患者の異動、特別な問題をもつ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際しての申し出る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの)がある。</p> <p>④看護業務の計画に関する記録(看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの)がある。</p>	
■助産録			
42	☆	助産師が分娩の介助をした時は、助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載している。(助産師による分娩の介助があったときのみチェックして下さい。)	
	☆	<p>①妊産婦の住所、氏名、年齢及び職業</p> <p>②分娩回数及び生死産別</p> <p>③妊産婦の既往疾患の有無及びその経過</p> <p>④今回の妊娠の経過、所見及び保健指導の要領</p> <p>⑤妊娠中医師による健康診断受診の有無(結核、性病に関する検査を含む。)</p> <p>⑥分娩の場所及び年月日時分</p> <p>⑦分娩の経過及び処置</p> <p>⑧分娩異常の有無、経過及び処置</p> <p>⑨児の数及び性別、生死別</p> <p>⑩児及び胎児附属物の所見</p> <p>⑪産じょくの経過及びじょく婦、新生児の保健指導の要領</p> <p>⑫産後の医師による健康診断の有無</p>	
■診療に関する諸記録			
43	☆	以下の診療に関する諸記録が、診療が修了した日の翌日から、2年間保存されている。	
	☆	<p>①病院日誌、各科診療日誌、入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿</p> <p>②処方せん</p> <p>③手術記録(病名、術式、麻酔法、術者名、開始時間、終了時間、手術室の管理等)</p> <p>④看護記録</p> <p>⑤検査所見記録</p> <p>⑥エックス線写真</p> <p>⑦入院診療計画書</p>	
■診療録の管理体制及び診療録等の開示			
44		診療録管理委員会(又は医療情報管理室、診療録監査委員会)を設置している。	
45		診療録及び診療に関する諸記録の監査がなされている。	
46		診療録管理要綱や管理規則を作成している。	
47	☆	診療録は、診療が修了した日の翌日から、5年間保存している。	
48	☆	患者等の求めに応じて、診療記録等の開示を行うことを原則としている。	
49	☆	診療記録等の開示は、原則として書面の交付による方法で行っている。	
50		診療記録等の開示に関し、苦情処理体制も含めて、院内掲示を行うなど、患者に対しての周知に努めている。	
51	☆	診療情報は、原則として、あらかじめ患者本人の同意を得ずに、第三者に対して情報提供を行うことのないよう徹底を図っている。	
52		診療記録等の開示又は診療情報に関する手続きを定めている。	

53	診療情報を提供する時は、患者等にとって理解を得やすいように親切丁寧に診療情報を提供するよう努めている。	
集 計		/53

根拠法令及び通知

医師法
 保健師助産師看護師法
 個人情報の保護に関する法律
 保険医療機関及び保険医療養担当規則
 診療録等の記載方法等について(保険発第43号・昭和63・5・6(平成11.4.22一部改正・保険発第62号))

等

参考資料

標準的診療録作成の手引き(社団法人 全日本病院協会 医療の質向上委員会編・じほう 発行)
 都立病院における診療録等記載マニュアル(平成13年2月)
 診療情報の提供に関する指針(日本医師会:平成11年4月)