

分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究 調査票（B票）

1. 看護職（助産師、看護師、准看護師）の従事時間等

- ※従事時間数は概算での記載でかまいません。複数の業務に従事している場合は主として従事した業務に時間を計上してください。
- ※「ケア」には、合併症のある産婦への投薬や異常分娩の対応等の診療の補助業務も含まれます。
- ※各事項に関する直接のケア以外の対応（記録や電話相談等）に要する時間は、各項目の従事時間に計上してください。
- ※病棟師長等、専ら管理業務に従事する看護職員は回答には含めないようにしてください。

以下の項目については、原則として記載のとおり、1ヶ月間での集計を御願いしたいと思いますが、1ヶ月間での集計が困難である場合は、「9月1日～30日の1ヶ月の」とあるところを「調査票到着日以降の初回の月曜日から日曜日の1週間」と読み替えてご回答ください。その場合、右の欄にチェックを御願います。

☐月曜日から日曜日の1週間で回答

回答欄				留意点等	
1	病棟（ユニット）における、産科の患者の入院割合	9月1日～30日の1か月の割合（概算）		割	9月1日～30日の1か月における、病棟（ユニット）の全入院患者数のうちの産科以外の患者（他科患者）の割合（0～10割）を概算で記載してください。
2	全看護職の総労働時間数	9月1日～30日の1か月の総労働時間数	aからIを足しあげた数値に一致		9月1日～30日の1か月あたりの、全看護職の総労働時間のトータルのべ時間を記載してください。例えば、看護職20名で1日8時間で20日間ずつ従事した場合は、20×8×20＝3200時間 また、この欄の数字は、aからIを足した数値となります。記載の際は必ず一致することを計算してご確認お願いいたします。
3	分娩期のケア	全看護職の分娩期のケアに従事した時間数	a	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全看護職の分娩期のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
4		（うち）助産師が分娩期のケアに従事した時間数	(aのうち)	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の分娩期のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
5	産褥入院中（新生児含む）のケア（授乳、育児等の保健指導を含む）	全看護職の産褥入院中（新生児含む）のケアに従事した時間数	b	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全看護職の産褥入院中（新生児期含む）のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
6		（うち）助産師が産褥入院中（新生児含む）に従事した時間数	(bのうち)	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の産褥入院中（新生児期含む）のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
7	入院中の妊婦のケア（妊婦健康診査や保健指導を含む）	全看護職の入院中の妊婦のケアに従事した時間数	c	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全看護職の入院中の妊婦のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
8		（うち）助産師が入院中の妊婦のケアに従事した時間数	(cのうち)	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の入院中の妊婦のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
9	外来の妊婦のケア（妊婦健康診査や保健指導を含む）	全看護職の外来の妊婦のケアに従事した時間数	d	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全看護職の外来の妊婦のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
10		（うち）助産師が外来の妊婦のケアに従事した時間数	(dのうち)	時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の外来の妊婦のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
11	産婦健康診査（産後1か月までの褥婦と新生児）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。
12		9月1日～30日の1か月の実施件数			
13		全看護職の産婦健康診査に従事した時間数	e		
14		（うち）助産師が産婦健康診査に従事した時間数	(eのうち)		
15	妊婦やパートナーを対象とした妊娠期の集団指導（母親学級・両親学級、エクササイズ等）（※市町村からの委託や補助を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。
16		9月1日～30日の1か月の実施件数			
17		全看護職の妊娠期の集団指導に従事した時間数	f		
18		（うち）助産師が妊娠期の集団指導に従事した時間数	(fのうち)		
19	妊婦への訪問指導（※市町村からの委託や補助を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。
20		9月1日～30日の1か月の実施件数			
21		全看護職の妊婦への訪問指導に従事した時間数	g		
22		（うち）助産師が妊婦への訪問指導に従事した時間数	(gのうち)		
23	乳児家庭全戸訪問事業（※市町村からの委託や補助を受けて実施するもの）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。
24		9月1日～30日の1か月の実施件数			
25		全看護職の乳児家庭全戸訪問事業に従事した時間数	h		
26		（うち）助産師が乳児家庭全戸訪問事業に従事した時間数	(hのうち)		
27	褥婦、新生児への訪問指導（※市町村からの委託や補助を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。
28		9月1日～30日の1か月の実施件数			
29		全看護職の褥婦、新生児への訪問指導に従事した時間数	i		
30		（うち）助産師が褥婦、新生児への訪問指導に従事した時間数	(iのうち)		

			回答欄	留意点等	
31	産前・産後サポート事業 (※市町村からの委託や補助を受けて実施するもの)	実施有無	1.有 2.無	件 時間 時間	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。 9月1日～30日の1か月あたりの全看護職の産前・産後サポート事業に従事したのべ時間を積算して記載してください。 9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の産前・産後サポート事業に従事したのべ時間を積算して記載してください。
32		9月1日～30日の1か月の実施件数			
33		全看護職の産前・産後サポート事業に従事した時間数	j		
34		(うち) 助産師が産前・産後サポート事業に従事した時間数	(jのうち)		
35	産後ケア (※市町村からの委託や補助を受けて実施する産後ケア事業と、自費での産後ケアの双方を含む)	実施有無	1.有 2.無	件 時間 時間	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。 9月1日～30日の1か月あたりの全看護職の産後ケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。 9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の産後ケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
36		9月1日～30日の1か月の実施件数			
37		全看護職の産後ケアに従事した時間数	k		
38		(うち) 助産師が産後ケアに従事した時間数	(kのうち)		
39	その他	実施有無	1.有 2.無	時間	その他の業務内容について自由に記載してください。 例) 他科患者の看護業務等 9月1日～30日の1か月の全看護職のその他の業務に従事したのべ時間を積算して記載してください。
40		その他の業務の内容 (自由記載)			
41		全看護職のその他の業務に従事した時間数	l		

2. 医師の従事時間等

※従事時間数は概算での記載でかまいません。複数の業務に従事している場合は主として従事した業務に時間を計上してください。

※各事項に関する直接の診療以外（記録や電話連絡等）に要する時間は、各項目の従事時間に計上してください。

以下の項目については、原則として記載のとおり、1ヶ月間での集計を御願いしたいと思いますが、1ヶ月間での集計が困難である場合は、「9月1日～30日の1ヶ月の」とあるところを「調査票到着日以降の初回の月曜日から日曜日の1週間」と読み替えてご回答ください。その場合、右の欄にチェックを御願います。			☐ 月曜日から日曜日の1週間で回答		
			回答欄	留意点等	
1	分娩期の産婦の診療業務に従事した全医師数	9月1日～30日の1か月に分娩期の産婦の診療業務に従事した全医師数	aからdを足しあげた数値に一致	名 名 名 名 名	9月1日～30日の1か月に分娩期の産婦の診療業務に従事した全医師数（実数）を記載してください。
2		(うち) 産婦人科医師数	a		
3		(うち) 小児科・新生児科医師数	b		
4		(うち) 麻酔科医師数	c		
5		(うち) 上記以外の診療科医師数	d		
6	分娩期の産婦の診療業務に従事した全医師の対応時間数	9月1日～30日の1か月に分娩期の産婦の診療業務に従事した全医師の対応時間数	eからhを足しあげた数値に一致	時間 時間 時間 時間 時間	9月1日～30日の1か月あたりの、全医師の分娩期の産婦の診療業務に従事したのべ時間を積算して記載してください。
7		(うち) 産婦人科医師	e		
8		(うち) 小児科・新生児科医師	f		
9		(うち) 麻酔科医師	g		
10		(うち) 上記以外の診療科医師	h		
11	産褥入院中の褥婦の診療業務に従事した全医師数	9月1日～30日の1か月に産褥期の褥婦の診療業務に従事した全医師数	iからlを足しあげた数値に一致	名 名 名 名	9月1日～30日の1か月に産褥入院中の褥婦の診療業務に従事した全医師数（実数）を記載してください。
12		(うち) 産婦人科医師数	i		
13		(うち) 小児科・新生児科医師数	j		
14		(うち) 麻酔科医師数	k		
15		(うち) 上記以外の診療科医師数	l		
16	産褥入院中の褥婦の診療業務に従事した全医師の対応時間数	9月1日～30日の1か月に産褥期の褥婦の診療業務に従事した全医師の対応時間数	mからpを足しあげた数値に一致	時間 時間 時間 時間 時間	9月1日～30日の1か月あたりの、全医師の産褥期の褥婦の診療業務に従事したのべ時間を積算して記載してください。
17		(うち) 産婦人科医師	m		
18		(うち) 小児科・新生児科医師	n		
19		(うち) 麻酔科医師	o		
20		(うち) 上記以外の診療科医師	p		

3. 患者票

1事例目

産婦の選択の方法：
①本調査票到着日を0日として、7日目（7日目が休日にあたる場合はその次の平日）以降に初めて入院された産婦を**1事例目**として記載をお願いします。
② 1 例目の分娩日（もしくは受け持ち終了）の翌日以降に入院された初めの産婦を**2事例目**として記載をお願いいたします。
③ 2 例目の分娩日（もしくは受け持ち終了）の翌日以降に入院された初めの産婦を**3 事例目**として記載をお願いいたします。
患者票は前向き調査をお願いしています。
指定の年月日にあった入院については、分娩が伴わない場合（前駆陣痛等の自費診療による入院であって、胎動減少等の保険診療を目的とした入院は除く）でもそのまま記載をお願いします。

（1）産婦の概要

		回答欄		
1	年齢			歳
2	産婦の住所	都道府県		
3		市区町村		
4	身長			cm
5	非妊時体重			kg
6	妊娠中の体重増加量			kg
7	出産時の妊娠週数		週 日	
8	出産経験(いずれか1つ選択)		1.初産 2.経産	
9	在院日数 (入院日及び退院日を含める)			日
10	既往歴（自由記載）			
11	産科合併症（HDPやGDMなど） (自由記載)			
12	出生前の胎児異常の診断の有無		1.有 2.無	
13	社会的ハイリスクへの該当		1.有 2.無	

留意点等

対象となる産婦の入院日における年齢を記載してください。

里帰りした先の住所ではなく、産婦の居住場所の住所を記載してください。注：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市の場合は、その先の区まで記載してください。

産婦の身長を記載してください。

産婦の妊娠前の体重を記載してください。

入院後計測を行わなかった場合は、直近の妊婦健診での体重を元に記載してください。

出産の時の妊娠週数を記載してください。

入院してから退院までの日数を記載してください。
※入院日及び退院日も含めてください。
※例えば前駆陣痛などで一旦退院した場合は、再度入院した日からの日数を記載してください。
※保険診療、自費診療は関係なく、入院した日数を記載してください。

出生前に心奇形等の診断を受けている場合には有を選択してください。

社会的ハイリスクについては、貴施設の判断で記載ください。

（2）分娩の概要

14	入院の経緯(いずれか1つ選択)		1.陣痛発来 2.前期破水 3.計画分娩 4.無痛分娩目的 5.その他（ ）	
15	分娩時間	第 1 期	時間 分	
16		第 2 期	時間 分	
17		第 3 期	時間 分	
18	入院から分娩第 3 期終了までの時間		時間 分	
19	第 3 期終了から帰室までの時間		時間 分	

入院となった経緯を記載してください。

分娩第 1 期の時間を記載してください。

分娩第 2 期の時間を記載してください。

分娩第 3 期の時間を記載してください。

入院から分娩第 3 期終了までの時間を記載してください。

第 3 期終了から、入院する病室へ移動するまでの時間を記載してください。

（3）医療行為

a.分娩時

20	子宮頸管拡張	1.有 2.無	
21	上記の子宮頸管拡張を行う場合の使用薬剤等 (ラミナリア、ミニトロ、プロウベス等)		
22	上記の子宮頸管拡張に係った日数		日
23	感染予防の抗菌薬内服	1.有 2.無	
24	感染予防の抗菌薬点滴	1.有 2.無	
25	血管確保	1.有 2.無	
26	陣痛促進	1.有 2.無	
27	陣痛誘発	1.有 2.無	
28	陣痛促進・誘発時の使用薬剤名		
29	会陰切開	1.有 2.無	
30	会陰縫合	1.有 2.無	

子宮頸管拡張を行った場合は有を選択してください。

複数使用している場合はその名称と使用した個数を記載してください。

子宮頸管拡張のみを行った日数を記載してください。

分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗菌薬の点滴を行った場合は有を選択してください。（母体のGBS感染に対する抗菌薬投与は含めません。）

血管確保を行った際には、有を選択してください。

陣痛促進を行った際には有を選択してください。

陣痛誘発を行った際には有を選択してください。

上記の際に使用した薬剤を記載してください。（商品名）

会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。

会陰縫合を行った際には有を選択してください。

b.入院中			
31	退院診察	日程	産後()日目
32		内診	1.有 2.無
33		経膣超音波	1.有 2.無
34		採血検査の項目	
35		尿検査	1.有 2.無

留意点等

(4) 入院中の助産ケア

36	母子同室の有無		1.有 2.無
37	授乳指導の回数とかかる時間	平均的な 1 日あたりの回数	
38		1 入院あたりの合計回数	
39		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
40		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
41	個別の乳房・乳頭のケア (乳房マッサージ等)	平均的な 1 日あたりの回数	
42		1 入院あたりの合計回数	
43		1 回あたりの時間	
44	沐浴指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数	
45		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
46		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
47	調乳指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数	
48		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
49		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
50	育児技術に係る指導にかかる時間 (延べ時間)		
51	退院指導にかかる時間		
52	上記以外に行っている指導の内容 (自由記載)		

複数の助産ケアの項目を一体的に提供した場合は、主たる助産ケアの項目に計上してください。
入院期間中に母子同室がある場合は有を選択してください。
個別指導及び集団指導を含みます。

産後授乳指導の時間の 1 回あたりの平均時間を記載ください。
集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

個別指導及び集団指導を含みます。
集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])
個別指導及び集団指導を含みます。
集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])
抱っこ、おむつ・衣類交換、児の健康状態の見方等の育児技術に関する指導を行った合計時間を記載ください。個別指導及び集団指導を含みます。集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

(5) 付帯サービス

53	付帯サービスの種類と実施の有無	お祝い膳	1.有 2.無
54		写真撮影	1.有 2.無
55		足形	1.有 2.無
56		エステ (※乳房マッサージは除く)	1.有 2.無
57		その他 (自由記載)	

(6) 新生児関連

a.新生児の概要

58	出生時の体重		9日	出生時の体重を記載してください。
59	在院日数（出生及び退院日を含める）			出生日から退院日までの日数を記載してください。

b.新生児へ提供した医療等

60	新生児の診察	小児科医による診察日数（入院中に限る）		9日	小児科医師により診察が行われた日数を記載してください。 産科医が新生児を診察した場合には、その日数を記載ください。
61		産科医による診察日数（入院中に限る）			
62	検査等	採血検査の項目	1.有 2.無	9日	
63		黄疸検査	1.有 2.無		
64		出生直後血糖測定対象かどうか	1.対象 2.対象外		
65		SpO2モニター装着（出生直後等）	1.有 2.無		
66		アプニアセンサー装着	1.有 2.無		
67		先天性代謝異常等検査	1.有 2.無		
68		新生児聴覚検査	1.有 2.無		
69		その他新生児へ提供した検査等	(自由記載)		
70	治療等	保育器収容（酸素投与のため）	1.有 2.無	9日	
71		保育器収容（保温のため）	1.有 2.無		
72		光線療法	1.有 2.無		
73		ワクチン接種	1.有 2.無		
74		その他新生児へ提供した治療等	(自由記載)		
75	新生児への処置・ケア（臍処置、沐浴）	臍処置	1.有 2.無	9日	
76		皮膚ケア	1.有 2.無		
77		ビタミンK2内服	1.有 2.無		
78		沐浴・ドライケア（清拭）の回数（入院中に限る）			
79		その他新生児へ提供した処置・ケア	(自由記載)		

(7) 費用

出産育児一時金の直接支払制度の専用請求書への記載内容を記載してください。

80	入院料		円
81	室料差額		円
82	分娩介助料		円
83	分娩料		円
84	新生児管理保育料		円
85	検査・薬剤料		円
86	処置・手当料		円
87	産科医療保障制度の掛金		円
88	その他		円
89	一部負担金等		円
90	産婦合計負担額		円
91	代理受取額		円

3. 患者票

2事例目

産婦の選択の方法：
①本調査票到着日を0日として、7日目（7日目が休日にあたる場合はその次の平日）以降に初めて入院された産婦を**1例目**として記載をお願いします。
② 1 例目の分娩日（もしくは受け持ち終了）の翌日以降に入院された初めの産婦を**2例目**として記載をお願いいたします。
③ 2 例目の分娩日（もしくは受け持ち終了）の翌日以降に入院された初めの産婦を**3例目**として記載をお願いいたします。
患者票は前向き調査をお願いしています。
指定の年月日にあった入院については、分娩が伴わない場合（前駆陣痛等の自費診療による入院であって、胎動減少等の保険診療を目的とした入院は除く）でもそのまま記載をお願いします。

（1）産婦の概要

		回答欄	
1	年齢		歳
2	産婦の住所	都道府県	
3		市区町村	
4	身長		cm
5	非妊時体重		kg
6	妊娠中の体重増加量		kg
7	出産時の妊娠週数		週 日
8	出産経験(いずれか1つ選択)	1.初産 2.経産	
9	在院日数 (入院日及び退院日を含める)		日
10	既往歴（自由記載）		
11	産科合併症（HDPやGDMなど） (自由記載)		
12	出生前の胎児異常の診断の有無	1.有 2.無	
13	社会的ハイリスクへの該当	1.有 2.無	

留意点等

対象となる産婦の入院日における年齢を記載してください。

里帰りした先の住所ではなく、産婦の居住場所の住所を記載してください。注：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市の場合は、その先の区まで記載してください。

産婦の身長を記載してください。

産婦の妊娠前の体重を記載してください。

入院後計測を行わなかった場合は、直近の妊婦健診での体重を元に記載してください。

出産の時の妊娠週数を記載してください。

入院してから退院までの日数を記載してください。
※入院日及び退院日も含めてください。
※例えば前駆陣痛などで一旦退院した場合は、再度入院した日からの日数を記載してください。
※保険診療、自費診療は関係なく、入院した日数を記載してください。

出生前に心奇形等の診断を受けている場合には有を選択してください。

社会的ハイリスクについては、貴施設の判断で記載ください。

（2）分娩の概要

14	入院の経緯(いずれか1つ選択)		1.陣痛発来 2.前期破水 3.計画分娩 4.無痛分娩目的 5.その他（ ）
15	分娩時間	第1期	時間 分
16		第2期	時間 分
17		第3期	時間 分
18	入院から分娩第3期終了までの時間		時間 分
19	第3期終了から帰室までの時間		時間 分

入院となった経緯を記載してください。

分娩第1期の時間を記載してください。

分娩第2期の時間を記載してください。

分娩第3期の時間を記載してください。

入院から分娩第3期終了までの時間を記載してください。

第3期終了から、入院する病室へ移動するまでの時間を記載してください。

（3）医療行為

a.分娩時

20	子宮頸管拡張	1.有 2.無	
21	上記の子宮頸管拡張を行う場合の使用薬剤等 (ラミナリア、ミニトロ、プロウベス等)		
22	上記の子宮頸管拡張に係った日数		日
23	感染予防の抗菌薬内服	1.有 2.無	
24	感染予防の抗菌薬点滴	1.有 2.無	
25	血管確保	1.有 2.無	
26	陣痛促進	1.有 2.無	
27	陣痛誘発	1.有 2.無	
28	陣痛促進・誘発時の使用薬剤名		
29	会陰切開	1.有 2.無	
30	会陰縫合	1.有 2.無	

子宮頸管拡張を行った場合は有を選択してください。

複数使用している場合はその名称と使用した個数を記載してください。

子宮頸管拡張のみを行った日数を記載してください。

分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗菌薬の点滴を行った場合は有を選択してください。（母体のGBS感染に対する抗菌薬投与は含めません。）

血管確保を行った際には、有を選択してください。

陣痛促進を行った際には有を選択してください。

陣痛誘発を行った際には有を選択してください。

上記の際に使用した薬剤を記載してください。（商品名）

会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。

会陰縫合を行った際には有を選択してください。

b.入院中			
31	退院診察	日程	産後()日目
32		内診	1.有 2.無
33		経膣超音波	1.有 2.無
34		採血検査の項目	
35		尿検査	1.有 2.無

留意点等

(4) 入院中の助産ケア

36	母子同室の有無		1.有 2.無
37	授乳指導の回数とかかる時間	平均的な 1 日あたりの回数	
38		1 入院あたりの合計回数	
39		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
40		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
41	個別の乳房・乳頭のケア (乳房マッサージ等)	平均的な 1 日あたりの回数	
42		1 入院あたりの合計回数	
43		1 回あたりの時間	
44	沐浴指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数	
45		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
46		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
47	調乳指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数	
48		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
49		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
50	育児技術に係る指導にかかる時間 (延べ時間)		
51	退院指導にかかる時間		
52	上記以外に行っている指導の内容 (自由記載)		

複数の助産ケアの項目を一体的に提供した場合は、主たる助産ケアの項目に計上してください。
入院期間中に母子同室がある場合は有を選択してください。

個別指導及び集団指導を含みます。

産後授乳指導の時間の 1 回あたりの平均時間を記載ください。
集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

個別指導及び集団指導を含みます。

集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

個別指導及び集団指導を含みます。

集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

抱っこ、おむつ・衣類交換、児の健康状態の見方等の育児技術に関する指導を行った合計時間を記載ください。個別指導及び集団指導を含みます。集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

(5) 付帯サービス

53	付帯サービスの種類と実施の有無	お祝い膳	1.有 2.無
54		写真撮影	1.有 2.無
55		足形	1.有 2.無
56		エステ (※乳房マッサージは除く)	1.有 2.無
57		その他 (自由記載)	

(6) 新生児関連

a.新生児の概要

58	出生時の体重		9	出生時の体重を記載してください。
59	在院日数（出生及び退院日を含める）		日	出生日から退院日までの日数を記載してください。

b.新生児へ提供した医療等

60	新生児の診察	小児科医による診察日数 （入院中に限る）		日	小児科医師により診察が行われた日数を記載してください。 産科医が新生児を診察した場合には、その日数を記載ください。
61		産科医による診察日数 （入院中に限る）		日	
62	検査等	採血検査の項目	1.有 2.無		
63		黄疸検査	1.有 2.無		
64		出生直後血糖測定対象 かどうか	1.対象 2.対象外		
65		SpO2モニター装着 （出生直後等）	1.有 2.無		
66		アプニアセンサー装着	1.有 2.無		
67		先天性代謝異常等検査	1.有 2.無		
68		新生児聴覚検査	1.有 2.無		
69		その他新生児へ提供した 検査等	(自由記載)		
70	治療等	保育器収容 （酸素投与のため）	1.有 2.無		
71		保育器収容（保温のため）	1.有 2.無		
72		光線療法	1.有 2.無		
73		ワクチン接種	1.有 2.無		
74		その他新生児へ提供した 治療等	(自由記載)		
75	新生児への処置・ケア（臍処置、沐浴）	臍処置	1.有 2.無		
76		皮膚ケア	1.有 2.無		
77		ビタミンK2内服	1.有 2.無		
78		沐浴・ドライケア（清拭）の回数 （入院中に限る）		回	
79		その他新生児へ提供した 処置・ケア	(自由記載)		

(7) 費用

出産育児一時金の直接支払制度の専用請求書への記載内容を記載してください。

80	入院料		円
81	室料差額		円
82	分娩介助料		円
83	分娩料		円
84	新生児管理保育料		円
85	検査・薬剤料		円
86	処置・手当料		円
87	産科医療保障制度の掛金		円
88	その他		円
89	一部負担金等		円
90	産婦合計負担額		円
91	代理受取額		円

3. 患者票

3事例目

産婦の選択の方法：
①本調査票到着日を0日として、7日目（7日目が休日にあたる場合はその次の平日）以降に初めに入院された産婦を**1例目**として記載をお願いします。
② 1 例目の分娩日（もしくは受け持ち終了）の翌日以降に入院された初めの産婦を**2例目**として記載をお願いいたします。
③ 2 例目の分娩日（もしくは受け持ち終了）の翌日以降に入院された初めの産婦を**3例目**として記載をお願いいたします。
患者票は前向き調査をお願いしています。
指定の年月日にあった入院については、分娩が伴わない場合（前駆陣痛等の自費診療による入院であって、胎動減少等の保険診療を目的とした入院は除く）でもそのまま記載をお願いします。

(1) 産婦の概要

		回答欄	
1	年齢		歳
2	産婦の住所	都道府県	
3		市区町村	
4	身長		cm
5	非妊時体重		kg
6	妊娠中の体重増加量		kg
7	出産時の妊娠週数		週 日
8	出産経験(いずれか1つ選択)	1.初産 2.経産	
9	在院日数 (入院日及び退院日を含める)		日
10	既往歴（自由記載）		
11	産科合併症（HDPやGDMなど） (自由記載)		
12	出生前の胎児異常の診断の有無	1.有 2.無	
13	社会的ハイリスクへの該当	1.有 2.無	

留意点等

対象となる産婦の入院日における年齢を記載してください。

里帰りした先の住所ではなく、産婦の居住場所の住所を記載してください。注：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市の場合は、その先の区まで記載してください。

産婦の身長を記載してください。

産婦の妊娠前の体重を記載してください。

入院後計測を行わなかった場合は、直近の妊婦健診での体重を元に記載してください。

出産の時の妊娠週数を記載してください。

入院してから退院までの日数を記載してください。
※入院日及び退院日も含めてください。
※例えば前駆陣痛などで一旦退院した場合は、再度入院した日からの日数を記載してください。
※保険診療、自費診療は関係なく、入院した日数を記載してください。

出生前に心奇形等の診断を受けている場合には有を選択してください。

社会的ハイリスクについては、貴施設の判断で記載ください。

(2) 分娩の概要

14	入院の経緯(いずれか1つ選択)		1.陣痛発来 2.前期破水 3.計画分娩 4.無痛分娩目的 5.その他（ ）
15	分娩時間	第 1 期	時間 分
16		第 2 期	時間 分
17		第 3 期	時間 分
18	入院から分娩第 3 期終了までの時間		時間 分
19	第 3 期終了から帰室までの時間		時間 分

入院となった経緯を記載してください。

分娩第 1 期の時間を記載してください。

分娩第 2 期の時間を記載してください。

分娩第 3 期の時間を記載してください。

入院から分娩第 3 期終了までの時間を記載してください。

第 3 期終了から、入院する病室へ移動するまでの時間を記載してください。

(3) 医療行為

a.分娩時

20	子宮頸管拡張	1.有 2.無	
21	上記の子宮頸管拡張を行う場合の使用薬剤等 (ラミナリア、ミニトロ、プロウベス等)		
22	上記の子宮頸管拡張に係った日数		日
23	感染予防の抗菌薬内服	1.有 2.無	
24	感染予防の抗菌薬点滴	1.有 2.無	
25	血管確保	1.有 2.無	
26	陣痛促進	1.有 2.無	
27	陣痛誘発	1.有 2.無	
28	陣痛促進・誘発時の使用薬剤名		
29	会陰切開	1.有 2.無	
30	会陰縫合	1.有 2.無	

子宮頸管拡張を行った場合は有を選択してください。

複数使用している場合はその名称と使用した個数を記載してください。

子宮頸管拡張のみを行った日数を記載してください。

分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗菌薬の点滴を行った場合は有を選択してください。（母体のGBS感染に対する抗菌薬投与は含めません。）

血管確保を行った際には、有を選択してください。

陣痛促進を行った際には有を選択してください。

陣痛誘発を行った際には有を選択してください。

上記の際に使用した薬剤を記載してください。（商品名）

会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。

会陰縫合を行った際には有を選択してください。

b.入院中			
31	退院診察	日程	産後()日目
32		内診	1.有 2.無
33		経膣超音波	1.有 2.無
34		採血検査の項目	
35		尿検査	1.有 2.無

留意点等

(4) 入院中の助産ケア

36	母子同室の有無		1.有 2.無
37	授乳指導の回数とかかる時間	平均的な 1 日あたりの回数	
38		1 入院あたりの合計回数	
39		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
40		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
41	個別の乳房・乳頭のケア (乳房マッサージ等)	平均的な 1 日あたりの回数	
42		1 入院あたりの合計回数	
43		1 回あたりの時間	
44	沐浴指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数	
45		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
46		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
47	調乳指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数	
48		1 回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)	
49		1 回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)	
50	育児技術に係る指導にかかる時間 (延べ時間)		
51	退院指導にかかる時間		
52	上記以外に行っている指導の内容 (自由記載)		

複数の助産ケアの項目を一体的に提供した場合は、主たる助産ケアの項目に計上してください。
入院期間中に母子同室がある場合は有を選択してください。
個別指導及び集団指導を含みます。

産後授乳指導の時間の 1 回あたりの平均時間を記載ください。
集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

個別指導及び集団指導を含みます。
集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])
個別指導及び集団指導を含みます。
集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])
抱っこ、おむつ・衣類交換、児の健康状態の見方等の育児技術に関する指導を行った合計時間を記載ください。個別指導及び集団指導を含みます。集団指導の場合は、1 人あたりの指導時間に換算して計上ください。
(例：[集団指導の時間] ÷ [集団指導の対象人数])

(5) 付帯サービス

53	付帯サービスの種類と実施の有無	お祝い膳	1.有 2.無
54		写真撮影	1.有 2.無
55		足形	1.有 2.無
56		エステ (※乳房マッサージは除く)	1.有 2.無
57		その他 (自由記載)	

(6) 新生児関連

a.新生児の概要

58	出生時の体重		9日	出生時の体重を記載してください。
59	在院日数（出生及び退院日を含める）			出生日から退院日までの日数を記載してください。

b.新生児へ提供した医療等

60	新生児の診察	小児科医による診察日数（入院中に限る）		9日	小児科医師により診察が行われた日数を記載してください。 産科医が新生児を診察した場合には、その日数を記載ください。	
61		産科医による診察日数（入院中に限る）				9日
62	検査等	採血検査の項目	1.有 2.無	9日		
63		黄疸検査	1.有 2.無			
64		出生直後血糖測定対象かどうか	1.対象 2.対象外			
65		SpO2モニター装着（出生直後等）	1.有 2.無			
66		アプニアセンサー装着	1.有 2.無			
67		先天性代謝異常等検査	1.有 2.無			
68		新生児聴覚検査	1.有 2.無			
69		その他新生児へ提供した検査等	(自由記載)			
70	治療等	保育器収容（酸素投与のため）	1.有 2.無	9日		
71		保育器収容（保温のため）	1.有 2.無			
72		光線療法	1.有 2.無			
73		ワクチン接種	1.有 2.無			
74		その他新生児へ提供した治療等	(自由記載)			
75	新生児への処置・ケア（臍処置、沐浴）	臍処置	1.有 2.無	9日		
76		皮膚ケア	1.有 2.無			
77		ビタミンK2内服	1.有 2.無			
78		沐浴・ドライケア（清拭）の回数（入院中に限る）				
79		その他新生児へ提供した処置・ケア	(自由記載)			

(7) 費用

出産育児一時金の直接支払制度の専用請求書への記載内容を記載してください。

80	入院料		円
81	室料差額		円
82	分娩介助料		円
83	分娩料		円
84	新生児管理保育料		円
85	検査・薬剤料		円
86	処置・手当料		円
87	産科医療保障制度の掛金		円
88	その他		円
89	一部負担金等		円
90	産婦合計負担額		円
91	代理受取額		円

記載方法：★分娩が複数日にわたる場合はお手数ですが、p15～p17を印刷いただき、記載いただけますと幸いです。

①入院、児娩出、分娩終了、帰室（分娩室やLDRから産婦が入院している部屋に入る時刻）については、該当する時間に●を記載してください。②無痛分娩のタイムスタディの場合には麻酔の導入を行った時刻を★、麻酔を使用していた期間を⇔で記載ください。

③「経過」には、分娩の進行や異常所見の出現等、産婦の経過において契機となる状態が出現した場合に記載をお願いいたします。④医師（産婦人科）、医師（麻酔科）、医師（小児科）、助産師、看護師、准看護師の項目は妊産婦に対面で接していた（診療・看護・助産ケア等していた）時間に⇔を記載ください。

⑤ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者の項目に関しては、産婦には接していないが、分娩監視装置のモニターを監視している時間を⇔で表し、監視している者を⇔の上に記載ください。

複数人いる場合は複数記載してください。

⑥分娩監視装置使用時間は妊婦に対して分娩監視装置を使用している時間を⇔で記載ください。⑦「実施したケア等の内容」の欄は、各時間の実施したケアについて該当するものをチェックしてください。該当するケア以外のものを実施した場合は、その内容を「その他」欄にご記入をお願いいたします。

タイムスタディ
(記載例)

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
入院																									
児娩出																									
分娩終了（分娩第3期終了）																									
帰室																									
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は⇔）																									
帝王切開の場合は手術の時間を記入																									
経過											14:00 破水 羊水±						羊水+、 怒責時遅 発一過性 徐脈あり								
医師 (産婦人科)	A			⇔													⇔	⇔							
	B						⇔																		
	C																⇔	⇔							
	D																⇔	⇔							
	E																								
	F																								
医師 (麻酔科)	A																								
	B																								
	C																								
	D																								
医師 (小児科・新 生児科)	A																⇔	⇔							
	B																								
	C																								
	D																								
助産師	A			⇔	⇔		⇔	⇔	⇔																
	B				⇔	⇔				⇔															
	C												⇔	⇔			⇔	⇔							
	D									⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔							
	E											⇔	⇔				⇔	⇔							
	F																		⇔	⇔					
	G																			⇔					
看護師	A																⇔	⇔							
	B																								
	C																								
	D																								
准看護師	A																								
	B																								
	C																								
その他	A			医A						医A				医E											
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者				⇔			助B	⇔		⇔	医A	⇔		⇔		医E	⇔		助E	⇔					
分娩監視装置使用時間				⇔			⇔			⇔				⇔			⇔								
実施した ケア等 の内容	CTGのレベル分類				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3								
	内診	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ドップラー聴取	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☒	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☒	☐	☐	☒	☒	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
破水・出血の観察／パット交換	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☒	☒	☐	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
その他 ⁶⁾																	輪状マッサージ								

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。

1）オキシトシン等の点滴管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック

4）湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

1事例目1日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は⇔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・ 新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／バット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	その他 ⁶⁾																									

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

1事例目2日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は↔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／バット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	その他 ⁶⁾																									

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

1事例目 3日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は↔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／バット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他 ⁶⁾																										

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の点滴管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

2事例目1日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は↔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・ 新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／バット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他 ⁶⁾																										

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

2事例目2日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は↔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・ 新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／パット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	その他 ⁶⁾																									

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

2事例目3日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は↔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／パット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	その他 ⁶⁾																									

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩） 3事例目 1日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は↔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／バット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	その他 ⁶⁾																									

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の点滴管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

3事例目 2日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は⇔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／バット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	その他 ⁶⁾																									

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩）

3事例目 3日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
無痛分娩（麻酔導入は★、麻酔期間は⇔）																										
帝王切開の場合は手術の時間を記入																										
経過																										
医師 （産婦人科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
医師 （麻酔科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
医師 （小児科・新生児科）	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
准看護師	A																									
	B																									
	C																									
その他	A																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
CTGのレベル分類																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トコブラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／バット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他 ⁶⁾																										

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。
1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック
4）湯用にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

4. 収益等（診療所）
(1) 基本データ

① 直近の2事業年（度）（個人立以外の診療所のみ記入してください。）

令和5年3月末までに終了した事業年（度）	令和	年	月	～	令和	年	月
令和6年3月末までに終了した事業年（度）	令和	年	月	～	令和	年	月

※個人立の場合は、令和4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5年12月31日までの期間が「直近の2事業年（度）」となるため、記入の必要はありません。

② 貴院の活動状況（令和6年3月31日現在、該当する番号に○を付けてください。）

1.直近の2事業年（度）の間及び現在、活動している

2.その他（直近の2事業年（度）の途中に開設、現在は休止、廃止等）

※回答が「2」の場合は、ここでこれ以降の調査は終了となります。このまま本調査票をご返送ください。

③ 貴院の開設者が保有する施設の状況（令和6年3月31日現在、該当する番号に○を付けてください。）

1.調査対象診療所のみ保有している

2.調査対象診療所以外の施設（病院、診療所、介護保険施設等）も保有している

④ 主たる診療科目（令和6年3月31日現在、該当する番号に○を付けてください。）

01 内科

04 消化器内科(胃腸内科)

07 神経内科

10 皮膚科

13 感染症内科

16 心療内科

19 循環器外科(心臓・血管外科)

22 消化器外科(胃腸外科)

25 脳神経外科

28 美容外科

31 小児外科

34 婦人科

37 麻酔科

40 救急科

02 呼吸器内科

05 腎臓内科

08 糖尿病内科(代謝内科)

11 アレルギー科

14 小児科

17 外科

20 乳腺外科

23 泌尿器科

26 整形外科

29 眼科

32 産婦人科

35 リハビリテーション科

38 病理診断科

03 循環器内科

06 人工透析内科（人工透析外科）

09 血液内科

12 リウマチ科

15 精神科

18 呼吸器外科

21 気管食道外科

24 肛門外科

27 形成外科

30 耳鼻咽喉科

33 産科

36 放射線科

39 臨床検査科

⑤ 病床の状況（許可病床数を記入してください。無床の場合は0を記入してください。）

令和5年3月末までに終了した事業年（度）の末日時点		床
令和6年3月末までに終了した事業年（度）の末日時点		床

⑥ 消費税の経理方式（該当する番号に○を付けてください。）

1.税込

2.税抜

※次頁以降で記入していただく金額等は、ここで選択した経理方式に従って記入してください。

(2) 損益

- 直近の2事業年（度）それぞれの収益及び費用の額を記入してください。
- 個人立診療所は、令和4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5年12月31日までの期間が直近の2事業年（度）となります。
- 法人全体で包括して経理を行っているような場合でも、調査対象となった診療所分のみを推計して記入してください。
- 数字を記入する欄が0の場合は「0」を必ず記入してください。

科 目		金額（令和5年3月末までの事業年（度））				金額（令和6年3月末までの事業年（度））			
		億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 入院診療収益	1-1.保険診療収益（患者負担含む）								
	1-2.公害等診療収益								
	1-3.その他の診療収益								
2 外来診療収益	2-1.保険診療収益（患者負担含む）								
	2-2.公害等診療収益								
	2-3.その他の診療収益								
3 その他の医業収益									
3-1.（うち）新型コロナウイルス感染症関連の補助金（従業員向けの慰労金を除く）									
4 医業収益合計									

② 介護収益

診療所として介護保険事業を実施している場合、収益を下記の表に記入してください。

診療所として介護保険事業を実施していない場合、右側のチェック欄“□”に“レ”を記入してください。

☐ 介護保険事業を実施していない

科 目		金額（令和5年3月末までの事業年（度））				金額（令和6年3月末までの事業年（度））			
		億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 介護収益合計									

③ 医業・介護費用

科 目		金額（令和5年3月末までの事業年（度））				金額（令和6年3月末までの事業年（度））			
		億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 給与費									
	1-1.（うち）通勤手当								
	1-2.（うち）法定福利費								
2 医薬品費									
3 診療材料費・医療消耗器具備品費									
3-1.（うち）特定保険医療材料費（※1）									
4 給食用材料費									
5 委託費									
	5-1.（うち）給食委託費								
	5-2.（うち）人材委託費								
	5-2-1.（うち）紹介手数料								
6 減価償却費									
	6-1.（うち）建物減価償却費								
	6-2.（うち）医療機器減価償却費								
7 その他の医業・介護費用									
7-1.（うち）土地賃借料									
7-2.（うち）設備機器賃借料									
	7-2-1.（うち）医療機器賃借料								
7-3.（うち）水道光熱費									
7-4.（うち）消費税課税対象費用（※1） （設備機器賃借料及び水道光熱費を除く）									
7-5.（うち）控除対象外消費税等負担額（※2）									
8 医業・介護費用合計									

- ※1 特定保険医療材料費、消費税課税対象費用を区分して経理していない等、記入が困難な場合は、「－」を記入してください。
- ※2 経理方式が税抜の場合のみ記入してください。

④ 損益差額

科 目		金額（令和5年3月末までの事業年（度））				金額（令和6年3月末までの事業年（度））			
		億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 損益差額（医業収益合計＋介護収益合計－医業・介護費用合計）									

⑤ 税金（法人税・住民税）

科 目		金額（令和5年3月末までの事業年（度））				金額（令和6年3月末までの事業年（度））			
		億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 税金（法人税・住民税）合計									

※個人立診療所については記入の必要はありません。

⑥ 税引後の総損益差額

科 目		金額（令和5年3月末までの事業年（度））				金額（令和6年3月末までの事業年（度））			
		億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 税引後の総損益差額（損益差額－税金）									

※個人立診療所については記入の必要はありません。

(3) 給与

- 直近の2事業年（度）における、調査対象となった診療所で直接業務に従事する常勤職員に対して支払った給与の状況について、職種別に記入してください。
個人立診療所は、令和4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5年12月31日までの期間が直近の2事業年（度）となります。
- 各事業年（度）の「延べ人員（人月）」欄に記入する人月数は、各事業年（度）における月別給与支給人員の年（度）間合計です。例えば、2人の職員が在籍し、そのうちの1人が1年間（12ヶ月）従事しており、もう1人が半年間（6ヶ月）だけ従事していた場合には、「延べ従事人月」は18人月となります。
- 数字を記入する欄が0の場合は「0」を必ず記入してください。

① 令和5年3月末までの事業年（度）の常勤職員給料・賞与

常 勤 職 員 （令和5年3月末までの事業年（度））													
職 種	延べ人員（人月）			給 料				賞 与					
	人月			億	百万	千	円	億	百万	千	円		
1 院 長（個人立の開設者本人を除く）													
2 医 師													
2-1.産婦人科医師													
2-2.小児科医師													
2-3.麻酔科医師													
3 歯科医師													
4 薬剤師													
5 助産師													
6 看護職員（助産師除く）													
7 看護補助職員													
8 医療技術員													
9 事務職員（上記の職種に従事している者を除く）													
10 その他の職員													
11 役員（上記の職種に従事している者を除く）													
12 合 計													

② 令和6年3月末までの事業年（度）の常勤職員給料・賞与

常 勤 職 員 （令和6年3月末までの事業年（度））													
職 種	延べ人員（人月）			給 料				賞 与					
		人	月		億	百万	千	円		億	百万	千	円
1 院 長（個人立の開設者本人を除く）													
2 医 師													
2-1.産婦人科医師													
2-2.小児科医師													
2-3.麻酔科医師													
3 歯科医師													
4 薬剤師													
5 助産師													
6 看護職員（助産師除く）													
7 看護補助職員													
8 医療技術員													
9 事務職員（上記の職種に従事している者を除く）													
10 その他の職員													
11 役員（上記の職種に従事している者を除く）													
12 合 計													

分婉手当がある場合は、1分婉あたりの分婉手当の金額を記入ください。

円

(4) 資産・負債

- 直近の2事業年（度）の末日における資産及び負債の額を記入してください。
個人立診療所は、令和4年12月31日及び令和5年12月31日が直近の2事業年（度）の末日となります。
 - 法人全体で包括して貸借対照表が作成されているような場合には、面積、従事者数の割合など、調査対象となった診療所分の実態を最も適切に反映していると思われる係数で按分し、調査対象となった診療所分の金額を記入してください。
 - 数字を記入する欄が0の場合は「0」を必ず記入してください。
- 個人立診療所であって、青色申告で「貸借対照表（資産負債調）」を税務署に提出していない場合、右側のチェック欄“□”に“レ”を記入してください。この場合、資産・負債の記入の必要はありません。

☐ 貸借対照表（資産負債調）を税務署に提出していない

① 資 産 の 部

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 流動資産										
2 固定資産										
3 繰延資産										
4 資 産 合 計										

② 負 債 の 部

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
5 流動負債										
6 固定負債										
6-1.（うち）長期借入金										
7 負 債 合 計										

(5) 設備投資額

- 直近の2事業年（度）中に新規に取得した資産にかかる取得価額を記入してください。
個人立診療所は、令和4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5年12月31日までの期間が直近の2事業年（度）となります。
- 上記の金額のうち、直近の2事業年（度）中に新規にリース契約を締結した場合には、当該設備の取得価額（リース期間中のリース料総額）を「（うち）リース分」の欄に記入してください。ただし、固定資産に計上されているものに限ります。
- 数字を記入する欄が0の場合は「0」を必ず記入してください。

① 設備投資額

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 設備投資額（土地を含む）										
1-1.（うち）建物（建物附属設備を含み、土地を除く）										
1-2.（うち）医療機器										
1-2-1.（うち）リース分										
1-3.（うち）調剤用機器										
1-3-1.（うち）リース分										
1-4.（うち）医療情報システム用機器										
1-4-1.（うち）リース分										
2 設備投資額のうち消費税課税対象の投資額										

② 医療機器の価格（リース）

※複数ある場合は合計金額を記載ください。

リース費

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 分娩台										
2 分娩室用超音波画像診断装置										
3 集中監視システム機器										
4 分娩監視装置										
5 保育器（開放式）（インファントウォーマー）										

③ 医療機器の価格（購入価格と購入時期）

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 分娩台										
2 分娩室用超音波画像診断装置										
3 集中監視システム機器										
4 分娩監視装置										
5 保育器（開放式）（インファントウォーマー）										

購入時期
※西暦

年

年

年

年

年