**令和５年度 宮城県透析患者実態調査票（Ⅰ）**

　必ずマニュアルを読みながら、すべての設問へのご記入をお願いいたします

（1）令和５年１２月３１日時点の貴院の透析患者総数をご記入下さい。【患者全員対象】

　　　　　　　　　　　名

（2）患者の男女別内訳をご記入下さい。【患者全員対象】

男　性　　　　　　　　名　　　　女　性　　　　　　　　名

（3）患者の入院・外来別内訳をご記入下さい。【患者全員対象】

入　院　　　　　　　　名　　　　外　来　　　　　　　　名

（4）血液透析時間帯の内訳をご記入下さい。そのうち、ＣＡＰＤを併用している患者数を

（　）にご記入下さい。【血液透析患者対象】

昼　　間　　　　　　　名（うち、ＣＡＰＤ併用　　　　名）

二　　部　　　　　　　名（うち、ＣＡＰＤ併用　　　　名）

夜　　間　　　　　　　名（うち、ＣＡＰＤ併用　　　　名）

在宅透析　　　　　　　名（うち、ＣＡＰＤ併用　　　　名）

オーバーナイト　　　　名（うち、ＣＡＰＤ併用　　　　名）

（5）ＣＡＰＤ・ＩＰＤを**単独**で受けている患者数をご記入下さい。【腹膜透析患者対象】

ＣＡＰＤ　　　　　　　名

ＩＰＤ　　　　　　　　名

（6）患者の年代別内訳をご記入下さい。【患者全員対象】

１．１０代未満　　　　　　　名　　７．６０代　　　　　　　　　名

２．１０代　　　　　　　　　名　　８．７０代　　　　　　　　　名

３．２０代　　　　　　　　　名　　９．８０代　　　　　　　　　名

４．３０代　　　　　　　　　名　　10．９０代以上　　　　　　　名

５．４０代　　　　　　　　　名　　11．不明　　　　　　　　　　名

６．５０代　　　　　　　　　名

（7）患者の原疾患内訳をご記入下さい。【患者全員対象】

１．慢性糸球体腎炎　　　　　名　　４．のう胞腎　　　　　　　　名

２．糖尿病性腎症　　　　　　名　　５．その他　　　　　　　　　名

３．腎硬化症　　　　　　　　名　　６．不　明　　　　　　　　　名

（8）患者の透析年数内訳をご記入下さい。【患者全員対象】

１．１年未満　　　　　　　　名　　19．１８年～１９年　　　　　名

２．１年以上２年未満　　　　名　　20．１９年～２０年　　　　　名

３．２年～３年　　　　　　　名 21．２０年～２１年　　　　　名

４．３年～４年　　　　　　　名　　22．２１年～２２年　　　　　名

５．４年～５年　　　　　　　名　　23．２２年～２３年　　　　　名

６．５年～６年　　　　　　　名　　24．２３年～２４年　　　　　名

７．６年～７年　　　　　　　名　　25．２４年～２５年　　　　　名

８．７年～８年　　　　　　　名　　26．２５年～２６年　　　　　名

９．８年～９年　　　　　　　名　　27．２６年～２７年　　　　　名

10．９年～１０年　　　　　　名　　28．２７年～２８年　　　　　名

11．１０年～１１年　　　　　名　　29．２８年～２９年　　　　　名

12．１１年～１２年　　　　　名　　30．２９年～３０年　　　　　名

13．１２年～１３年　　　　　名　　31．３０年～３１年　　　　　名

14．１３年～１４年　　　　　名　　32．３１年～３２年　　　　　名

15．１４年～１５年　　　　　名　　33．３２年～３３年　　　　　名

16．１５年～１６年　　　　　名 34．３３年～３４年　　　　　名

17．１６年～１７年　　　　　名　　35．３４年～３５年　　　　　名

18．１７年～１８年　　　　　名　　36．３５年以上　　　　　　　名

37．不　明　　　　　　　　　名

（9）貴施設の最長透析症例についてご記入下さい。【患者全員対象】

　　　年　　　ヶ月　　男 ・ 女　　原疾患：

（10）令和５年１月～12月末日までに死亡された透析患者数をご記入下さい。【患者全員対象】

※亡くなられた患者に対し最終透析を行った施設でカウントして下さい（ＣＡＰＤ患者含む）

①死亡患者数　　　 　　　　　　　名

②都合により公表出来ない

（11）患者が加入している医療保険の患者数をご記入下さい。【患者全員対象】

１．社会保険　　　　　　　　名　　４．生活保護　　　　　　　　名

２．国　保　　　　　　　　　名　　５．その他　　　　　　　　　名

３．後期高齢者医療　　　　　名　　６．不　明　　　　　　　　　名

（12）更生医療・育成医療・難病医療費助成制度について【患者全員対象】

①貴施設は、更生医療・育成医療の指定医療機関ですか？

はい　・　いいえ

②指定医療機関の場合、更生医療・育成医療の患者数をご記入下さい。

１. 更生医療　　　　　　　　　　　名

２. 育成医療　　　　　　　　　　　名

③難病医療費助成制度(旧特定疾患)の患者数をご記入下さい。

　　　　　　　名

（13）介護について【外来患者対象（入院患者は含めないで下さい）】

①透析通院に何らかの介助を要する患者数をご記入ください。

　　　　　　　名

②透析通院に福祉用具を使用している患者数をそれぞれご記入ください。

１．杖　　　　　　　　　　　　　　名

２．歩行器・歩行車　　　　　　　　名

３．車いす　　　　　　　　　　　　名

４．ストレッチャー　　　　　　　　名

５．その他　　　　　　　　　　　　名

③認知症等、認知機能に障害のある患者数をご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名

④認知症等により、透析中にシャント肢の固定・付き添い・投薬など、

特別な対応が必要となる患者数をご記入ください。

　　　　　　　名

（14）介護保険について【４０才以上の患者全員対象】

要介護認定申請をした患者についてご記入下さい。

１．申請中で未だ結果がでない　　　　　　　名

２．要支援１　　　　　　　　　　　　　　　名

３．要支援２　　　　　　　　　　　　　　　名

４．要介護１　　　　　　　　　　　　　　　名

５．要介護２　　　　　　　　　　　　　　　名

６．要介護３　　　　　　　　　　　　　　　名

７．要介護４　　　　　　　　　　　　　　　名

８．要介護５　　　　　　　　　　　　　　　名

９．不　明　　　　　　　　　　　　　　　　名

（15）通院距離・通院方法について【血液透析（CAPD併用含む）を行っている外来患者対象】

①自宅から透析施設までの直線距離をご記入下さい。

１．１㎞未満　　　　　　　　名　　４．１０㎞未満　　　　　　　名

２．３㎞未満　　　　　　　　名　　５．１５㎞未満　　　　　　　名

３．５㎞未満　　　　　　　　名　　６．１５㎞以上　　　　　　　名

７．不明　　　　　　　　　　名

②通院に使用している主たる交通手段をご記入下さい。

１．自家用車

ａ．本人の運転　　　　　　　　　　　　名

ｂ．家族等の送迎　　　　　　　　　　　名

２．バ　ス　　　　　　　　　　　　　　　　名

３．タクシー（介護タクシーを含む）　　　　名

４．バイク　　　　　　　　　　　　　　　　名

５．自転車　　　　　　　　　　　　　　　　名

６．徒　歩　　　　　　　　　　　　　　　　名

７．鉄　道　　　　　　　　　　　　　　　　名

８．地下鉄　　　　　　　　　　　　　　　　名

９．透析施設による送迎　　　　　　　　　　名

10. 他施設による送迎　　　　　　　　　　　名

11. その他　　　　　　　　　　　　　　　　名

12. 不　明　　　　　　　　　　　　　　　　名

（16）入院の主たる理由をご記入下さい。【入院患者対象】

１．導入期　　　　　　　　　　　　　　　　名

２．シャントトラブル　　　　　　　　　　　名

３．感覚神経合併症　　　　　　　　　　　　名

４．骨・関節合併症　　　　　　　　　　　　名

５．循環器系合併症　　　　　　　　　　　　名

６．消化器系合併症　　　　　　　　　　　　名

７．呼吸器系合併症　　　　　　　　　　　　名

８．感染症　　　　　　　　　　　　　　　　名

９．悪性腫瘍　　　　　　　　　　　　　　　名

部位　（　　　　　　　　　　　　）

10．社会的入院

ａ．通院困難　　　　　　　　　　　　　名

ｂ．在宅受け皿の不備　　　　　　　　　名

ｃ．その他　　　　　　　　　　　　　　名

11．その他　　　　　　　　　　　　　　　　名

（　　　　　　　　　　　　）

12．不　明　　　　　　　　　　　　　　　　名

**令和５年度 宮城県透析患者実態調査票（Ⅱ）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 市町村名 | 患者数 |  |  | 市町村名 | 患者数 |
| 仙台市 | 青葉区 |  |  | 宮城郡 | 松島町 |  |
|  | 宮城野区 |  |  |  | 七ヶ浜町 |  |
|  | 若林区 |  |  |  | 利府町 |  |
|  | 太白区 |  |  |  |  |  |
|  | 泉区 |  |  |  | 合計 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合計 |  |  | 黒川郡 | 大和町 |  |
|  |  |  |  |  | 大郷町 |  |
| 県内市 | 石巻市 |  |  |  | 大衡村 |  |
| (仙台市を除く) | 塩釜市 |  |  |  |  |  |
|  | 大崎市 |  |  |  | 合計 |  |
|  | 気仙沼市 |  |  |  |  |  |
|  | 白石市 |  |  | 加美郡 | 加美町 |  |
|  | 名取市 |  |  |  | 色麻町 |  |
|  | 角田市 |  |  |  |  |  |
|  | 多賀城市 |  |  |  | 合計 |  |
|  | 岩沼市 |  |  |  |  |  |
|  | 東松島市 |  |  | 遠田郡 | 美里町 |  |
|  | 登米市 |  |  |  | 涌谷町 |  |
|  | 栗原市 |  |  |  |  |  |
|  | 富谷市 |  |  |  | 合計 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合計 |  |  | 牡鹿郡 | 女川町 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 刈田郡 | 蔵王町 |  |  |  | 合計 |  |
|  | 七ヶ宿町 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 本吉郡 | 南三陸町 |  |
|  | 合計 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 合計 |  |
| 柴田郡 | 大河原町 |  |  |  |  |  |
|  | 村田町 |  |  | 他　県 | 県 |  |
|  | 柴田町 |  |  |  | 県 |  |
|  | 川崎町 |  |  |  | 県 |  |
|  |  |  |  |  | 県 |  |
|  | 合計 |  |  |  | 県 |  |
|  |  |  |  |  | 県 |  |
| 伊具郡 | 丸森町 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 合計 |  |
|  | 合計 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 不明 |  |
| 亘理郡 | 亘理町 |  |  |  |  |  |
|  | 山元町 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 患者総数 |  |
|  | 合計 |  |  |  |

**☆　お忙しい中でのご協力、誠にありがとうございました　☆**