

特定集中治療室管理料「注5」に掲げる  
早期栄養介入管理加算に係る届出書添付書類

1 早期栄養介入管理加算の専任の管理栄養士の氏名

氏名	栄養サポートチームでの経験年数	特定集中治療室での経験年数

[記載上の注意]

- 届出に当たっては、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験かつ特定集中治療室での経験を3年以上有すること。

様式 42 の 5

早期栄養介入管理加算に係る報告書（7月報告）

報告年月日： 年 7 月 日

（期間： 年 月 日～ 年 月 日）

特定集中治療室の入室総患者数	名
当該加算のために介入した患者数	名
48 時間以内に経腸栄養を開始した患者数	名

48 時間以内に経腸栄養を開始できなかった理由	①
	②
	③
	④
	⑤

[記載上の注意点]

- 1 特定集中治療室に入室し、早期栄養介入管理加算の対象となる患者の総数とする。
- 2 当該加算のために介入した患者とは、算定の有無にかかわらず、栄養スクリーニング、栄養アセスメント等を実施した患者数とする。
- 3 48 時間以内に経腸栄養を開始した患者数とする。なお、全ての栄養摂取を経腸栄養で実施する必要はなく、必要栄養量の一部を経腸栄養により摂取した患者数とする。
- 4 患者数は、前年 4 月 1 日から当年の 3 月 31 日までとする。ただし、新規に当該加算の届出を行うなど、1 年に満たない場合は、その届出日以降から当年の 3 月 31 日までの期間とする。
- 5 栄養スクリーニング、栄養アセスメントを実施したが、48 時間以内に経腸栄養を開始できなかった場合は、その主な理由を最大 5 つまで記載する。