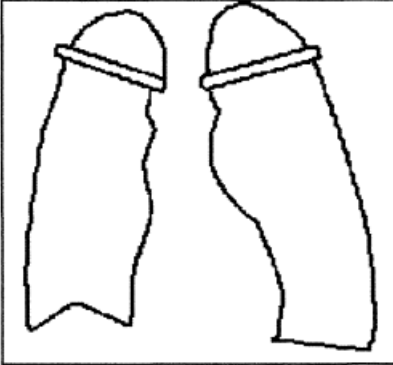


介護サービス共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな ①氏名		② 男 女	③明・大・昭 年 月 日
④住所	電話( ) -		
⑤現在の病名 <small>*介護サービス提供上、重要なものから順に記入して下さい。</small>	1	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	3	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	4	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	5	発症日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
⑥主な既往歴			
⑦病状及び経過	血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整		
⑧使用中の薬剤 <small>*用法、用量を記入してください。</small>			
⑨実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>*ありの場合は実施中の処置にチェックをして下さい。また指示事項などがあれば記入下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> じょくそう処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 指示事項：		
⑩認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>*ありの場合は当てはまる自立度いずれかにチェックをして下さい。 *問題行動がある場合はその内容を記入して下さい。</small>	認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している <input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる ----- <input type="checkbox"/> a 家庭外で上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 家庭内でも上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> III 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要する ----- <input type="checkbox"/> a 日中を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 夜間を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、介護を要する <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を要する 問題行動 内容 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

<b>⑪胸部X線検査</b> <small>*原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づき記入していただいで差し支えありません。  <small>*在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、未実施にチェックし、自他覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。</small> </small>	<b>実施日</b> 年    月    日 <b>異常所見</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<b>⑫肝炎ウイルス検査</b> HBS抗原( + - ) HCV抗体( + - ) <b>検査実施日</b> 年    月    日 <small>*原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入ください。また他院での検査や肝炎ウイルス健診のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。  <small>*実施日はすぐにわかる場合のみ記入していただければ結構です。</small> </small>
		
<input type="checkbox"/> 胸部X線未実施:		

<b>⑭サービス提供上の留意事項</b>	移送留意 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 食事制限: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 服薬確認: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 留意事項、指示内容:

<b>⑮備考</b> <small>*特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい。</small>	
---	--

上記の通り診断する。 令和    年    月    日

下記条件に従い複写することに同意する。       この診断書を複写することに同意しない。  
(いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合は“同意しない”にチェックして下さい)

医療機関名 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話(    )    -    FAX(    )    -   

- ◎記載上の留意点
1. 全ての項目について記載して下さい。
  2. □は当てはまる場合にチェックして下さい(例:☑)。
  3. \*に従って記入して下さい。
  4. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等を添付して下さい。
  5. この診断書の使用期限は診断日から1年間です(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません)。
- ◎複写の条件
1. 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
  2. 複写ができるものは、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。
  3. 上記「複写することに同意する」欄に記載医師がチェックしていること。

複写実施者名 _____ 印 _____ 実施日    年    月    日
_____ 診断書記載医師同意確認日    年    月    日
<b>注意点</b> ① この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得てください。 ② 上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に、診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。 ③ 複写は必ず原本から行い、複写したものの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。