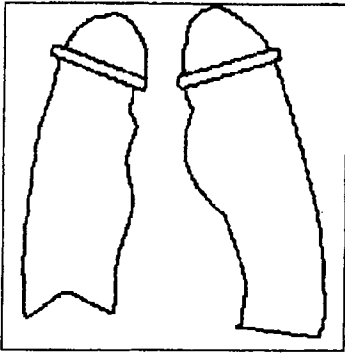


介護サービス共通健康診断書

(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 * 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。	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 * 用法、用量を記入し して下さい							
⑨実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * 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。	<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 * ありの場合は当ては まる自立度いずれかに チェックして下さい * 問題行動がある場合 はその内容を記入して 下さい	認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立して <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、常に介護を要する <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、専門的治療を要する 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> *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て差し支えありません。 *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。	実施日 年 月 日 異常所見 <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(+-) 検査実施日 年 月 日 *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下さい。また他院での検査や肝炎ウイルス検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。 *実施日はすぐわかる場合のみ記入していただければ結構です。
	<input type="checkbox"/> 胸部X線未実施:		<b>⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など)</b> *MRSAについては、IVH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染症がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 *疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。

移送留意:要 不要 入浴:可 否 食事制限:不要 要 服薬確認:不要 要  
**⑭サービス提供上の留意事項**  
 留意事項、指示内容:

**⑮備考**  
 \*特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい

上記の通り診断する。平成 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. 複写ができる者は、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 _____

- 注意点**
- 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、複写したもの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。