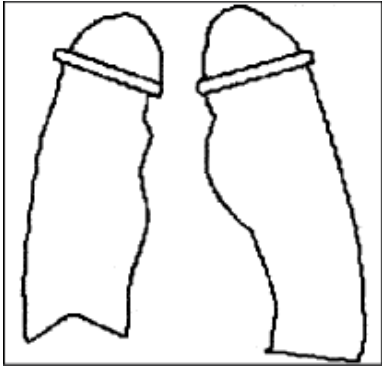


介護サービス共通健康診断書

(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 順に記入してください。	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・用量を記入して下さい。							
⑨実施中の処置 □なし □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。また指示事項などあれば記入して下さい。	<input type="checkbox"/> 留意カテーテル <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"/> 人口肛門 <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 □なし □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	何らかの認知を有するが、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、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"/> あり							
<input type="checkbox"/> なし							

介護サービス共通健康診断書

⑪胸部X線検査 *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、特に変化のない場合は、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かった場合は、未実施にチェックし、自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 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <input type="checkbox"/> 胸部X線未実施	⑫肝炎ウイルス検査 HBS抗原(十 -) HCV抗体(十 -) *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。 *実施日はすぐにわかる場合のみ記入していただければ結構です。 ⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) *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、抗菌薬耐性の感染巣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。
⑭サービス提供上の留意事項	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:	
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、複写したものの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印をして下さい。	