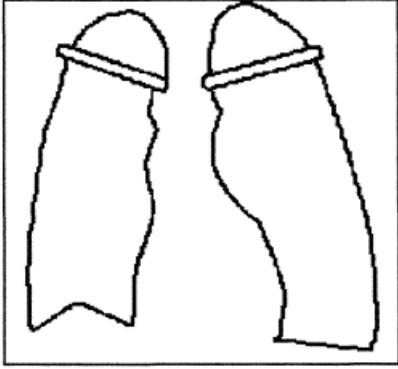


介護サービス共通健康診断書

(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、用量を記入してください。			
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理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。	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		

<p>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。</p>	<p>実施日 年 月 日</p> <p>異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>  <p><input type="checkbox"/> 胸部X線未実施:</p>	<p>⑫肝炎ウイルス検査 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。 *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。</p> <p>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。</p>
<p>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</p>		
<p>⑭サービス提供上の留意事項</p>	<p>留意事項、指示内容:</p>	
<p>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。</p>		
<p>上記の通り診断する。平成 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 下記条件に従い複写することに同意する。 <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>医療機関名 _____ 所在地 _____</p> <p>医師名 _____ 印 _____</p> <p>電話(_____) - _____ FAX(_____) - _____</p>		

◎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。

<p>複写実施者名 _____</p>	<p>印 _____ 実施日 年 月 日 _____</p>
<p>_____ 診断書記載医師同意確認日 年 月 日 _____</p>	
<p>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、複写したものを各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。</p>	