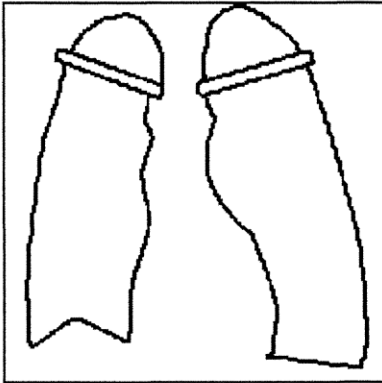


介護サービス共通健康診断書

(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	☐ 安定	☐ 不安定
	2	発症日	年	月	日	☐ 安定	☐ 不安定
	3	発症日	年	月	日	☐ 安定	☐ 不安定
	4	発症日	年	月	日	☐ 安定	☐ 不安定
	5	発症日	年	月	日	☐ 安定	☐ 不安定
⑥主な既往歴							
⑦病状及び経過							
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 どがあれば記入下さい。	☐ 留置カテーテル ☐ じょくそう処置 ☐ 経管栄養 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 人工肛門 ☐ 吸引 ☐ 透析 ☐ インシュリン注射 ☐ 酸素療法 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 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						
	☐ 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る					
	☐ 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					
	☐ a	家庭外で上記の状態が見られる					
	☐ b	家庭内でも上記の状態が見られる					
	☐ 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					
	☐ a	日中を中心として上記の状態が見られる					
	☐ b	夜間を中心として上記の状態が見られる					
☐ 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						
☐ 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						
☐ なし ☐ あり							

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も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 ☐あり ☐なし  ☐胸部X線未実施:	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。 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:☐要 ☐不要 入浴:☐可 ☐否 食事制限:☐不要 ☐要 服薬確認:☐不要 ☐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

- 全ての項目について記載して下さい。
- ☐は当てはまる場合にチェックして下さい(例: ☒)。
- *に従って記入して下さい。
- 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。
- 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

- 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
- 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。
- 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、捺印をして下さい。		