

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<br>①氏名   |  | ②男女 | ③明・大・昭 | 年 | 月 | 日  |
| ④住所   | 電話( ) -  |     |        |   |   |  |
| ⑤現在の病名<br>* 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<br>* 用法、用量を記入して下さい  |  |     |        |   |   |  |
| ⑨実施中の処置<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>* ありの場合は実施中の処置にチェックして下さい。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<br><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<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>* ありの場合は当てる自立度いずれかにチェックして下さい<br>* 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<br><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<br><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<br>-----<br><input type="checkbox"/> a 家庭外で上記の状態が見られる<br><input type="checkbox"/> b 家庭内でも上記の状態が見られる<br><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<br>-----<br><input type="checkbox"/> a 日中を中心として上記の状態が見られる<br><input type="checkbox"/> b 夜間を中心として上記の状態が見られる<br><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<br><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<br>問題行動 内容<br><input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり |     |        |   |   |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| ⑪胸部X線検査<br>*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。<br>*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。 | 実施日 年 月 日<br>異常所見<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし   | ⑫肝炎ウイルス検査<br>HBS抗原(+-) HCV抗体(+-)<br>検査実施日 年 月 日<br>*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。<br>*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)<br>*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。<br>*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。 |   |
| <input type="checkbox"/> 胸部X線未実施:   |   |   |

|               |  |
|---------------|--|
| 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<br>留意事項、指示内容: |
|---------------|--|

|                                    |
|------------------------------------|
| ⑮備考<br>*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。