|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | 性別 | | | 生年月日 | | |
| ①氏名 |  | | ② | 男 ・ 女 | | ③ 明・大・昭 | | 年　　　月　　　日生　　　　歳 |
| ④住所 | 〒 　　　　－ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話　（　　　　　　　）　　　　　　－ | |
| ⑤現在の病名 | 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 |  | | | | | | | ⑪胸部X線検査 |
|  |
|
| ⑦病状と経過 |  | | | | | | |
|
|
| コメント |
|
|
| （　　　年　　　月　　　日実施） |
| 身長　　　　cm、体重　　　　kg、 血圧 　 /　 mmHg、脈拍 　　　/分 整　・　不整 | | | | | | | 未施行 |
| ⑧使用中の薬剤 |  | | | | | | | ⑫肝炎ウイルス |
| HBS抗原（ ＋ ・ － ） |
| HCV抗体（ ＋ ・ － ） |
| 検査実施日 |
| 年　　　月　　　日 |
| ⑨実施中の処置 | なし　褥瘡処置　留置ｶﾃｰﾃﾙ　人工肛門　中心静脈栄養 | | | | | | | ⑬MRSA（ ＋ ・ － ） |
| 経管栄養　胃瘻　透析　ｲﾝｽﾘﾝ注射　吸引 | | | | | | | その他の感染症（疥癬・梅毒） |
| 酸素療法　気管切開　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | （　　　　　　　　　　　） |
| ⑩認知症 | 自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　 Ⅲa　Ⅲb　 Ⅳ　M | | | | | | | |
| 行動障害： | | | | | | | |
| ⑭サービス提供  上の留意事項 | 移送留意要/ 不要　入浴可/ 不可　食事制限要/ 不要　服薬確認要/ 不要 | | | | | | | |
| 留意事項・指示内容： | | | | | | | |
|
| ⑮備考 |  | | | | | | | |
|
|
| 上記の通り診断する。　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| この診断書を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。 | | | | | | | | |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地 | | | | | | | | |
| 医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 | | | | | | | | |
| 電話　（　　　　　　　）　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　FAX　（　　　　　　　）　　　　　　　－ | | | | | | | | |
| 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 | | | |

　記載上の留意点   
 １．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を添付してください。

２．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）

３．⑤ 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。

４．⑧ 使用中の薬剤：用法、用量を記入して下さい。

５．⑩認知症日常生活自立度

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。

II：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志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（IIa 家庭外で ・ IIb 家庭内でも）。

III：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、  
介護を必要とする（IIIa 日中中心 ・ IIIb 夜間中心）。

Ⅳ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。

Ｍ：著しい精神症状・行動障害あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

６．⑪ 原則全員に実施して下さい。  
６か月以内に撮影しており、特に変化ない場合はその所見を記入して下さい。  
施行できない場合には未施行にチェックして、自他覚所見・他の検査データから  
呼吸器疾患の有無についてコメントして下さい。

７．⑫ 原則全員に実施して下さい。   
過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合には、その結果に基づき記入下さい。

８．⑬ MRSAにつては、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に限り、細菌検査を実施して下さい。

９．診断書複写の同意について   
 病状が不安定または複写が不適切な場合には”同意しない”にチェックして下さい。

　複写の条件　   
 １．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が、複写の条件となります。   
 ２．使用期限（上記診断日から1年以内）内に限ります。   
 ３．複写が出来る者は、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。

　複写上の注意点   
 １．この診断書を複写する場合には、その都度診断書記載医師に連絡して、同意を得て下さい。   
 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には、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て、捺印をして下さい。