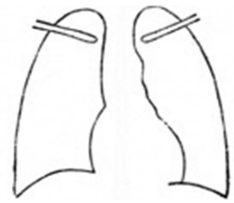
介護サービス共通健康診断書

（個人情報取扱注意）

<table>
<tr><td>ふりがな
①氏名</td><td></td><td>性別
② 男・女</td><td colspan="2">生年月日
③ 明・大・昭　　年　月　日生　歳</td></tr>
<tr><td>④住所</td><td colspan="4">〒　　－

電話（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>⑤現在の病名</td><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td>⑥主な既往歴</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">⑪胸部X線検査

コメント

（　年　月　日実施）
□未施行</td></tr>
<tr><td>⑦病状と経過</td><td colspan="3">身長　　cm、体重　　kg、血圧　　/　　mmHg、脈拍　　/分 整・不整</td></tr>
<tr><td>⑧使用中の薬剤</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">⑫肝炎ウイルス
HBS抗原（＋・－）
HCV抗体（＋・－）
検査実施日
年　月　日
⑬MRSA（＋・－）
その他の感染症（疥癬・梅毒）
（　　）</td></tr>
<tr><td>⑨実施中の処置</td><td colspan="3">□なし □褥瘡処置 □留置ｶﾃｰﾃﾙ □人工肛門 □中心静脈栄養
□経管栄養 □胃瘻 □透析 □ｲﾝｽﾘﾝ注射 □吸引
□酸素療法 □気管切開 □その他（　　）</td></tr>
<tr><td>⑩認知症</td><td colspan="4">□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
行動障害:</td></tr>
<tr><td>⑭サービス提供上の留意事項</td><td colspan="4">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:</td></tr>
<tr><td>⑮備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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。