

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 | | 性別 ② 男・女 | ③ 明・大・昭 | 生年月日 年 月 日生 歳 |
| ④住所 | 〒 - 電話 () - | | | |
| ⑤現在の病名 | 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 | | | | ⑪胸部X線検査  コメント (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 未施行 |
| ⑦病状と経過 | 身長 cm、体重 kg、血圧 / mmHg、脈拍 /分 整・不整 | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他() | | | ⑬MRSA(+・-) その他の感染症(疥癬・梅毒) () |
| ⑩認知症 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 行動障害: | | | |
| 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"/> 不可 食事制限 <input type="checkbox"/> 要/ <input type="checkbox"/> 不要 服薬確認 <input type="checkbox"/> 要/ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> この診断書を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。 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、捺印して下さい。