

介護施設共通健康診断書 (仙台市医師会) (個人情報取扱注意)

ふりがな 氏名	性別	年 月 日 生れ
住所	電話番号(自宅) 電話番号(携帯)	
現在の病名 <small>*介護サービス提供上、重要なものから順に記入してください。</small>	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
	その他	
主な既往歴		
病状及び経過	身長 cm 体重 kg / mmHg 脈拍 /分 整	
使用中の薬剤 <small>*用法用量を記入してください</small>		
感染症スクリーニング胸部X線検査 <small>*必須。但し、6ヶ月以内に撮影しており、特に変化のない場合は、その所見に基づき記入して頂いて差し支えありません。</small>	 <small>※未実施時は自覚所見、他の検査所見より呼吸器疾患</small>	コメント: 肝炎ウイルス検査 ※必須。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、その結果に基づき記入して下さい。 HBs抗原 <input type="checkbox"/> + HCV抗体 <input type="checkbox"/> + 令和 年 月 日 実施 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - 薬剤耐性菌の検出歴: *IVH、気管切開、留置カテーテル、褥瘡等の医療処置中で感染が疑われる場合、適時、細菌検査を実施し、薬剤耐性菌の検出時には記載して下さい。疥癬:*疑われる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。 令和 年 月 日実施の有無に付きコメント下さい。
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度):	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の日常生活自立度:	<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	
実施中の処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <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 <input type="checkbox"/> 無 有→ <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他	
サービス提供上の留意事項	移送介助: <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	
備考	*特記すべき事項があれば記入して下さい。	
上記の通り診断する。 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記条件に従い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。 (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には“同意しない”にチェックしてください)		
医療機関名	医師名	Ⓜ
所在地	電話 (022) 227-1531	FAX (022) 227-1531
記載上のお願い: 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等を添付してください。2. この診断書の使用期限は診察日から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。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	Ⓜ 実施日	令和 年 月 日
	診断書記載医師同意確認日	令和 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、複写したものの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。		