

# 西尾市介護サービス等共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな		②性別	③生年月日				
①氏名		男・女	大・昭・平	年	月	日生	歳
④住所	〒 -			⑤連絡先	(自宅番号・携帯・施設)		- -
⑥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ください。	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
⑦主な既往歴	[アレルギー] <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無			⑩感染症	<input type="checkbox"/> HBS抗原 ( +・- ) <input type="checkbox"/> HCV抗体 ( +・- ) <input type="checkbox"/> TPHA ( +・- ) 【検査日: 年 月 日】 <input type="checkbox"/> その他の感染症 ( )		
⑧病状と経過	身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg 脈拍 /分整・不整			⑪胸部X線検査	 結核既往歴 (有・無) 【撮影日: 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 実施不能		
⑨処方内容	□別紙参照			⑫処置内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
⑬要介護度など	[要介護度]		要支援 (1・2) ・ 1・2・3・4・5			申請中	
	[認知症高齢者の自立度] <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						
⑭その他療養上の留意事項							

上記の通り診断いたします。

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。

(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。)

年 月 日

所在地  
医療機関名  
医師名  
電話  
F A X

印

但し、有効期限は診断の日から1年間です

(署名の場合押印不要)

## 記載上の留意点

1. 項目以外で介護施設等から求めがあり、医師がそれを把握している場合には診療情報の提供をお願い致します。
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. ⑥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。  
病名が3つ以上の場合は⑦主な既往歴の欄に記入してください。
4. ⑨処方内容：使用中の薬剤、用法、用量を記入して下さい。
5. ⑩肝炎ウイルス検査は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には、その結果に基づき記入して下さい。  
実施日は日付がわかる場合のみ記入していただければ結構です。  
その他の感染症欄にはMRSAや疥癬等の感染が疑われた場合、実施した検査結果を記入してください。
6. ⑪胸部X線検査は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。  
陳旧性肺結核を有する場合は記載してください。  
身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、実施不能にチェックして、  
自他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。
7. ⑬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（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・行動や意思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・行動や意思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。
8. ⑭その他療養上の留意事項は、医師が有用と判断した情報を記入してください。

## 複写の注意点

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. 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、複写しないで下さい。
3. 使用期限（上記診断日から1年以内）内に限ります。
4. 本診断書は、介護施設の利用申込み時のみに使用するものとし、個人情報の取り扱いには十分注意してください。