

|   |            |  |                            |          |          |           |
|---|------------|--|----------------------------|----------|----------|-----------|
| <b>氏名</b>                                   |            | <b>男・女</b>   | <b>M・T・S</b>               | <b>年</b> | <b>月</b> | <b>日生</b> |
| <b>住所</b>                                   | <b>TEL</b> |  |                            |          |          |           |
| <b>現疾患</b>                                  |            |  | <b>既往症</b>                 |          |          |           |
| _____ ( 年 月 日発病)                            |            |  | _____ ( 年 月頃)              |          |          |           |
| _____ ( 年 月 日発病)                            |            |  | _____ ( 年 月頃)              |          |          |           |
| _____ ( 年 月 日発病)                            |            |  | _____ ( 年 月頃)              |          |          |           |
| <b>現在の状況</b>                                |            |  |                            |          |          |           |
| <b>【病状としての見通し】</b>                          |            | 改善   | 不変                         | 悪化       |          |           |
| <b>【リハビリの可能性】</b>                           |            | 積極的に   | 現状維持                       | 不可       |          |           |
| <b>【受診状況】</b>                               |            | 定期的  | 不定期                        | なし       |          |           |
| <b>【受診手段・方法】</b>                            |            | 自力   | 要介助                        | 車いす      | 往診       |           |
| <b>【服薬指示】</b>                               |            | なし   | あり                         |          |          |           |
| 指示事項(リハビリやインスリン、浣腸等特に必要のある場合に記入)            |            |  |                            |          |          |           |
| 投薬内容(複写添付可能)                                |            |  |                            |          |          |           |
| <b>【介護に際して注意すべき特記事項(認知症の程度・精神神経症状の有無等)】</b> |            |  |                            |          |          |           |
| <b>感染症</b>                                  |            |  |                            |          |          |           |
| 疥癬 ( あり ・ なし )                              |            | 集団生活等に支障をきたすと思われる疾患で、現在症状が認められるもの。<br>感染が疑われる場合は、本人・家族の同意を得て検査をしてください。 |                            |          |          |           |
| MRSA ( 現在症状がなく検査不要 ・ + ・ - )                |            |  |                            |          |          |           |
| 肺結核 胸部X線( 年 月 ) 所見( )                       |            |  |                            |          |          |           |
| その他 ( 疾患名 )                                 |            |  |                            |          |          |           |
| 過去の肝炎検査 (実施 未 ・ 済 )                         |            | 肝炎検査については過去に陽性と判定された以外の方で肝炎の疑いがある場合、もしくは検査未実施の場合に実施ください。               |                            |          |          |           |
| 結果 HBs ( + ・ - ) HCV ( + ・ - )              |            | 肝炎 HBs ( + ・ - ) HCV ( + ・ - )   |                            |          |          |           |
| 検査年月日 ( 年 月 日 )                             |            | 上記記載は複写添付でも代替可能  |                            |          |          |           |
| <b>入浴の可否 ( 可 ・ 否 )</b>                      |            |  | <b>運動の可否 ( 可 ・ 否 )</b>     |          |          |           |
| 入浴中止時 血压 / mmHg以上 / mmHg以下                  |            |  | 運動中止時 血压 / mmHg以上 / mmHg以下 |          |          |           |
| 体温 以上                                       |            |  | 体温 以上                      |          |          |           |
| 脈拍・呼吸についての中止事項 ( )                          |            |  | 脈拍・呼吸についての中止事項 ( )         |          |          |           |
| <b>送迎車での送迎の可否 ( 可 ・ 否 )</b>                 |            |  |                            |          |          |           |
| 移動時の福祉用具使用の必要 ( 車いす ・ ストレッチャー ・ 杖 )         |            |  |                            |          |          |           |
| <b>その他参考意見(血压・摂食・移動等)</b>                   |            |  |                            |          |          |           |
| 上記のとおり診断します。                                |            |  |                            |          |          |           |
| 平成 年 月 日                                    |            |  |                            |          |          |           |
| 主治医   |            | 住所   |                            |          | 印        |           |
|   |            | 氏名   |                            |          |          |           |



【居宅介護支援事業所等またはサービス事業所記入欄】

健康診断書・診療情報提供書を複写し事業所に渡した年月日を記載してください。

【 介護サービス 】

| 事業所名 | サービスの種類 |              |              |       |            |
|------|---------|--------------|--------------|-------|------------|
|      | 短期入所    | 通所介護<br>通所リハ | 訪問介護<br>訪問リハ | 訪問入浴  | その他<br>( ) |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |
|      | 年 月 日   | 年 月 日        | 年 月 日        | 年 月 日 | 年 月 日      |

【 介護予防サービス 】

|  |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |