

健康診断書・診療情報提供書 (案) (裏面があります)

【氏名】 ふりがな		男・女	明 大 昭	年	月	日生 (歳)																					
【住 所】																											
【現疾患】(介護する上で参考となる主なものから記入して下さい)																											
①		年 月 日発症																									
②		年 月 日発症																									
③		年 月 日発症																									
【投薬内容】(介護する上で参考となる主なものを中心に記入して下さい)				【病状経過・治療経過・既往歴等】 (介護する上で参考となる主なものを記入して下さい)																							
【血 圧】		/	mmHg	【体 重】		kg																					
<table border="0"> <tr> <td>【感染症・検査結果等】</td> <td rowspan="5">撮影 (年 月 日) 所見 { 症状なく検査不要・要(部位: + ・ - (陽性・陰性) < 2回以降は前回の結果のみ記載願います > 前回の結果 (陽性 ・ 陰性) < 検査年月日 平成 年 月 日 > (陽性・陰性) < 2回以降は前回の結果のみ記載願います > 前回の結果 (陽性 ・ 陰性) < 検査年月日 平成 年 月 日 > □有(症状:) □無</td> <td rowspan="5">}</td> </tr> <tr> <td>胸部X線</td> </tr> <tr> <td>MRSA</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎(HBs抗原)</td> </tr> <tr> <td>C型肝炎(HCV抗体)</td> </tr> <tr> <td>皮膚疾患</td> <td colspan="2">総合所見および留意点</td> </tr> <tr> <td>□所見なし、または放置可</td> <td>□要経過観察</td> <td>□要治療</td> <td>□治療中</td> </tr> <tr> <td>□介護上の留意点</td> <td colspan="2">}</td> </tr> </table>							【感染症・検査結果等】	撮影 (年 月 日) 所見 { 症状なく検査不要・要(部位: + ・ - (陽性・陰性) < 2回以降は前回の結果のみ記載願います > 前回の結果 (陽性 ・ 陰性) < 検査年月日 平成 年 月 日 > (陽性・陰性) < 2回以降は前回の結果のみ記載願います > 前回の結果 (陽性 ・ 陰性) < 検査年月日 平成 年 月 日 > □有(症状:) □無	}	胸部X線	MRSA	B型肝炎(HBs抗原)	C型肝炎(HCV抗体)	皮膚疾患	総合所見および留意点		□所見なし、または放置可	□要経過観察	□要治療	□治療中	□介護上の留意点	}					
【感染症・検査結果等】	撮影 (年 月 日) 所見 { 症状なく検査不要・要(部位: + ・ - (陽性・陰性) < 2回以降は前回の結果のみ記載願います > 前回の結果 (陽性 ・ 陰性) < 検査年月日 平成 年 月 日 > (陽性・陰性) < 2回以降は前回の結果のみ記載願います > 前回の結果 (陽性 ・ 陰性) < 検査年月日 平成 年 月 日 > □有(症状:) □無	}																									
胸部X線																											
MRSA																											
B型肝炎(HBs抗原)																											
C型肝炎(HCV抗体)																											
皮膚疾患	総合所見および留意点																										
□所見なし、または放置可	□要経過観察	□要治療	□治療中																								
□介護上の留意点	}																										
【褥 瘡】		□有(部位名:) □無																									
【認知症老人の日常生活自立度】		正 常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M																									
<table border="0"> <tr> <td>【入浴時の留意事項】</td> <td colspan="6">入浴を中止すべき範囲</td> </tr> <tr> <td>血压</td> <td>/</td> <td>mmHg以上</td> <td>/</td> <td>mmHg以下、体温</td> <td colspan="2">℃以上</td> </tr> <tr> <td>脈拍・呼吸・その他中止事項</td> <td colspan="6">{</td> </tr> </table>							【入浴時の留意事項】	入浴を中止すべき範囲						血压	/	mmHg以上	/	mmHg以下、体温	℃以上		脈拍・呼吸・その他中止事項	{					
【入浴時の留意事項】	入浴を中止すべき範囲																										
血压	/	mmHg以上	/	mmHg以下、体温	℃以上																						
脈拍・呼吸・その他中止事項	{																										
【介護保険サービス利用における特記事項】(参考事項や理学所見等)																											
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 医療機関名 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>																											

※事業所において、診断を不要とする項目がある場合は、その項目を二重線で削除して下さい。

【居宅介護支援事業所またはサービス事業所記入欄】

事業所名	サービスの種類				
	短期入所	通所介護 通所リハ	訪問介護	訪問入浴	その他 ()
	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
	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

※健康診断書・診療情報提供書を複写し事業所に渡した初回の年月日を記載してください。

(介護支援専門員から主治医への依頼文書)

平成 年 月 日

.....
先生
.....

(担当介護支援専門員)

氏 名

.....
事業者名

.....
所在地

.....
電話

FAX
.....

介護保険居宅サービス利用にかかる健康診断書（診療情報提供書）について（依頼）

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、介護保険サービスを利用するにあたりまして、下記の利用者の医療情報が必要となりますので、ご提供くださいますようお願いいたします。

記

1. 氏 名 (印) (自筆の場合は押印は不要)
生年月日 年 月 日
要介護度 要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

2. 利用サービスの内容

(.....
.....
.....
.....)

※ なお、介護支援専門員が知り得た個人情報については、関係者以外に一切公開しないこと、また、健康診断書（診療情報提供書）については、介護サービスの利用以外には使用しないことを申し添えます。