甲賀圏域

(介護保険居宅サービス用)

　　　　　　　健康診断書・診療情報提供書 (裏面があります)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【氏名】ふりがな | 男・女 | 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 |
| 【感染症・検査結果等】  胸部X線 撮影(年月 日)  所見  MRSA 症状なく検査不要・要(部位:＋　・　－（　　　　　　　）  B型肝炎(HBs抗原)　　　　(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＞  C型肝炎(HCV抗体)　　　　(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＞  　皮膚疾患 　　　　　　　　□有(症状:　　　　　　　　　　　　　　　 )□無  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・ Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲa　・　Ⅲb　・ Ⅳ・M | | | |
| 【入浴時の留意事項】  　入浴を中止すべき範囲  　血圧　　　　／　　　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) | | | |
| 上記のとおり診断します。  　年　月　日  住 　所  医療機関名  医 師 名 印 | | | |

※事業所において、診断を不要とする項目がある場合は、その項目をニ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)

　　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よろしくお願いいたします。

記

1.氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（自筆の場合は押印不要）

　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。