

## 健康診断書・診療情報提供書

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生
住所	TEL:					
現疾患			既往歴			
_____ ( 年 月 日発病)			_____ ( 年 月頃)			
_____ ( 年 月 日発病)			_____ ( 年 月頃)			
_____ ( 年 月 日発病)			_____ ( 年 月頃)			
現在の状況						
【病状としての見通し】			<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪化	
【リハビリの可能性】			<input type="checkbox"/> 積極的に	<input type="checkbox"/> 現状維持	<input type="checkbox"/> 不可	
【受診状況】			<input type="checkbox"/> 定期的	<input type="checkbox"/> 不定期	<input type="checkbox"/> なし	
【受診手段・方法】			<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 往診
【服薬指示】			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
指示事項(リハビリやインスリン、洗腸特に必要なある場合に記入)						
投薬内容(複写添付可能)						
【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)】						
障害老人の認知症自立度:						
感染症						
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。 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)						
結果 HBs( +・- ) HCV( +・- )			肝炎の検査については過去に陽性と判断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。			
検査年月日( 年 月 日)			肝炎 HBs( +・- ) HCV( +・- )			
※上記記載は複写添付でも代替可能						
入浴の可否 ( 可・否 )			運動の可否 ( 可・否 )			
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 °C以上			体温 °C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( )			
送迎車での送迎の可否 ( 可・否 )						
移動時の福祉用具使用の必要( 車いす・ストレッチャー・杖 )						
その他参考意見(血压・摂食・移動等)						
上記のとおり診断します。						
平成 年 月 日						
主治医			住所			
			氏名			
(印)						

様式1



【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 通所リハ	訪問介護 訪問リハ	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

【 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