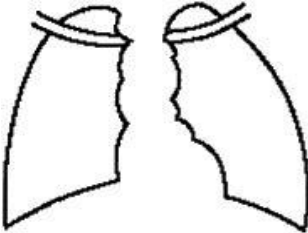


介護サービス共通健康診断書

A票

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦	
氏名			<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳
住所	〒				
主病名	1.	発症年月日	年	月	日頃
	2.	発症年月日	年	月	日頃
	3.	発症年月日	年	月	日頃
	認知症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
既往歴					
経過及び治療内容					
使用中の薬剤 ※添付可					
胸部X線 (結核)	撮影日: 年 月 日				
	(3か月以内の検査であれば、市検診等からの転記可)				
	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 検査未実施 ()				
身長	cm	体重	kg		
血圧	/ mmHg	脈	/ 分 <input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整		
診察所見					
肝炎ウイルス 検査	HBs抗原 ()	その他の 感染症	MRSA () 部位		
	HCV抗体 ()		皮膚(疥癬) ()		
尿検査	蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()		
※老健のみ	リハビリテーション <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否		注意事項()		
	個別リハの必要 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		内容()		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<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				
特記事項					
<p>上記のとおり診断いたします。</p> <p>また、本診断書が介護保険施設入所及び居宅サービス利用のために、使用期限(診断日から1年)以内に限り、適切な原本管理のもと複写して利用することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師</p> <p style="text-align: right;">(印) 年 月 日</p>					

※ この共通健康診断書は、佐倉市内の協力施設・介護サービス事業所のみで利用できます。

※ 介護施設等が斜線した項目は検査不要です。また、検査不可能な項目があった場合には、斜線を記載してください。

※ 担当医師の同意がある場合には、この診断書を複写することができます。ただし、複写したものの再複写はできません。

※ この診断書の使用期限は1年間ですが、介護認定の区分変更や身体の状態に変化があった場合には、上記の診断内容を保証することはできませんので、再度医師の診断を受けてください。