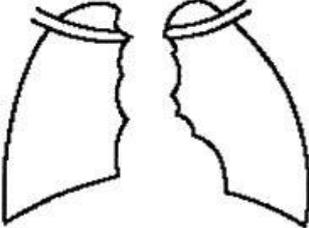


# 介護サービス共通健康診断書

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						
上記のとおり診断いたします。 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 医療機関名 所在地 電話番号 担当医師						
			印	年	月	日

※ 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。