

診療情報提供書・健康診断書 (介護保険サービス用)

作成日 平成 年 月 日

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日 (歳)
住所			電話	()	-	

既往症	感染症の有無、検査結果等 W氏反応 (TPHA) : - ・ + HBs抗原 : - ・ + HCV抗体 : - ・ + 皮膚疾患 (疥癬を含む) : - ・ + 褥 瘡 : - ・ + MRS A (部位) : - ・ + () 肺結核症 (既往) : 無し ・ 有り 胸 X 像 : 正常 ・ 異常 (年 月)
現症	
血圧	
内服薬	
現病歴	
日常生活自立度等	①障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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 ②認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <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 ③理解および記憶 ・ 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・ 日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・ 自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない ④問題行動の有無 (該当する項目にすべてチェック) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ⑤介護サービス (入浴サービス、訪問介護、通所介護、通所リハ、短期入所) における医学的観点からの留意事項 ・ 血圧について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・ 嚥下について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・ 摂食について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (一部介助 ・ 全介助) ・ 食事形態について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (きざみ ・ ペースト ・ 鼻腔栄養) ・ 移動について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (杖歩行・伝い歩き・歩行器・老人車・車いす) ・ 入浴について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (一部介助 ・ リフト浴 ・ 特浴) ・ その他 ()
特記事項	その他、参考事項や要望事項がありましたらご記入ください。
上記のとおり診断します。なお、診断は診察時の状況に基づくものである。 住 所 医療機関名 医 師 名	
印	

- 内は、現症・既往症と直接関係のある項目について、わかる範囲でご記入ください。
- 胸X像については、必要がある場合にご記入ください。
- 現症欄、内服薬欄に記入いただいた場合は、特記事項欄に、診断の基になった検査結果等を、わかる範囲でご記入ください。