診療情報提供書・健康診断書(介護保険サービス用)

作成日　　年　　月　　日

氏名		**男・女**	**明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳)**	
住所			**電話**	―　　―

傷病名	**感染症の有無/検査結果等** TPHA：－　・　＋ ＨＢｓ抗原：－　・　＋ ＨＣＶ抗体：－　・　＋ MRSA：検査不要　・　－　・　＋(　　)
現病歴	過去に検出された耐性菌(　　) 疥癬：なし　・　あり（　　） 結核(既往)：なし　・　あり（　　） 胸Ｘ線：正常・異常(　　年　　月頃)

主な既往歴　　**時期**　　**医療機関**

使用中の薬剤(用量用法)

実施中の処置　□点滴　□褥瘡処置(　　)　□透析(血液・腹膜)　□インスリン注射
□酸素療法　□気管切開　□吸引　□人工肛門　□尿道カテーテル　□経管栄養(　　)
□その他(　　)

詳細・備考など　※特記すべき事項があれば記入して下さい。

介護サービス利用上の指示・留意事項　□特になし	移　動(　　)
摂　食(　　)	運　動(　　)
嚥　下(　　)	排　泄(　　)
血　圧(　　)	入　浴(　　)
内　服(　　)	その他(　　)

上記の通り診断する。　　この診断書をサービス利用のため、複写し使用することに(□同意する・□同意しない)
医療機関名
所在地　　医師名　　印

複写は必ず原本から行い、複写したものに複写日・実施者を記載し捺印して下さい。
なお作成日より１年以上経過したものは無効とする。　　複写実施日　　年　　月　　日

所属機関　　実施者　　印

滋賀県南部介護サービス事業者協議会　　2019 年度　作成