

有料老人ホーム古志原健康診断書

ふりがな ①氏名		性別 ②	生年月日 ③ 年 月 日生 歳
④住所	電話() -		
⑤現在の病名 * 介護サービス提供上 重要なものから順に 記入して下さい。	1 発症日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
	2 発症日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
	3 発症日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
	4 発症日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
	5 発症日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
⑥主な既往歴			胸部X線検査 
⑦病状及び経過	⑧使用中の薬剤 * 用法、用量を記入して下さい		コメント <input type="checkbox"/> 異常なし (年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不能
⑧使用中の薬剤 * 用法、用量を記入して下さい			
⑨実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()		
特記事項: (感染症等)			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): <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 問題行動:			
上記の通り診断する。令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記条件に従い複写することに同意する。 <input type="checkbox"/> この診断書を複写することに同意しない。 (いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合には"同意しない"にチェックしてください)			
医療機関名	医師名	印	
所在地	電話() - FAX() -		
記載上のお願ひ: 1. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等を添付してください。2. この診断書の使用期限は診断日から1年間です。(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません。)			