

# 夷隅地域介護・福祉サービス共通診断書

Ver.2

|                                       |   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|--|--------|--|-----------------------|---|---|---|
| ① 氏名<br>ふりがな                          |   |   | ② 性別<br><input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | ③ 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正                                  | 年                     | 月 | 日 | 歳 |
|                                       |   |   |  |        | <input type="checkbox"/> 昭和                                  |                       |   |   |   |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> 平成   |  |        |  |                       |   |   |   |
| ④ 診断名(既往含む)<br>*別紙に病名や病歴などの添付があれば記載不要 |   |   | 発症年月日<br>(西暦)  |        |  | ⑤ 処方内容<br>*添付があれば記載不要 |   |   |   |
|                                       |   |   | 年 月 日  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       |   |   | 年 月 日  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       |   |   | 年 月 日  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       |   |   | 年 月 日  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       |   |   | 年 月 日  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑥ 結核に関すること                            | 胸部X-P   | 異常所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 検査不能 理由 ( )<br>*X-Pの必要性については、活動性結核の有無に関してご判断ください。 |  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       | 結核の既往   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ( <input type="checkbox"/> 本人・家族から聴取 )              |  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       | 症状  | 咳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 発熱: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                  |  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑦ 角化型疥癬                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |   | 角質増殖: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    |        | 掻痒感: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                       |   |   |   |
| ⑧ 予防接種歴                               | インフルエンザワクチン   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 *今シーズンのもの                                     |  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       | 肺炎球菌ワクチン  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明   |  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       |   | (ニューモバックス) 1回目  | 年  | 月      | 日  | 2回目                   | 年 | 月 | 日 |
|                                       | (プレベナー)   | 年   | 月  | 日      |  |                       |   |   |   |
|                                       | (不明)  | 年   | 月  | 日      |  |                       |   |   |   |
| ⑨ 血液検査                                | 施設が必要とした場合は、添付をお願いします。 <input type="checkbox"/> 添付なし <input type="checkbox"/> 添付あり<br>その他、入所に関して重要と思われるデータ(過去1年以内)があれば添付してください。   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑩ 医療機器装置使用                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑪ アレルギー                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤( ) 食品( )   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑫ 介護度                                 | <input type="checkbox"/> 申請中 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5                         |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑬ 障害高齢者日常生活自立度                        | <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 |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑭ 認知症高齢者日常生活自立度                       | <input type="checkbox"/> 自立(認知症なし) <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                  |   |  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       | (BPSD、MMSE、HDS-R等)  |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| ⑮ 利用に対する指示・特記事項等                      |   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
|                                       |   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| 上記の通り診断します                            |   |   |  |        | 診断年月日 年 月 日  |                       |   |   |   |
| 医療機関名                                 |   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| 所在地                                   |   |   |  |        |  |                       |   |   |   |
| 医師名                                   |   |   |  |        | 印  |                       |   |   |   |

## ◎利用の条件

- 1 使用期限は、上記診断日から1年以内に限りませう。
- 2 複写する場合は、当事者の同意を得てください。

※本診断書の記載方法や運用方法に関するマニュアルがありますので、あわせてご確認ください。(夷隅医師会HPからダウンロード可能)  
～利用者の不利益にならないよう、本診断書が全て埋まっていることを理由にサービスの受け入れ不可とならないようにお願いします～