

診 断 書

(個人情報取扱注意)

本人	住 所					
	氏 名					
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
診断項目		所 見				
①結核の有無 (胸部レントゲン所見)		1:無	2:有	3:未実施	実施日	年 月 日
②梅毒の有無		1:無	2:有 (所見)		実施日	年 月 日
③肝炎ウイルスの有無 (HBs抗原・HCV抗体検査結果を添付)		HBs抗原(+ -)	HCV抗体(+ -)		実施日	年 月 日
④MRSA、 その他の感染症		※IVH、気管切開、留置カテーテル等処置中で感染の疑いがある場合、抗菌薬耐性の感染果がある場合等に限って実施してください。疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。			1:無	2:有 (所見)
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				
⑥主な既往歴						
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						
⑨その他	血 圧	(所見)				
	褥 瘡	1:無	2:有(程度)			
	通院の要否	1:否	2:有(程度)			
	入浴不可条件	血圧・収縮時血圧(以上)、(以下)				
		・拡張時血圧(以上)				
		脈拍・最大(以上)・最少(以下)				
食 事 指 示	(kcal・減塩 g) その他					

上記のとおり診断する。

診断日： 年 月 日

①②③の検査は原則全員に実施してください。
 ※①は6ヶ月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づき記入していただいて差し支えありません。在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は「未実施」に○を記入し、自覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無についてコメントをお願いします。
 ③は過去に家族歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入ください。また他院での検査や肝炎ウイルス検診のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。(実施日はすぐにわかる場合のみ記入していただければ結構です)

医療機関の名称

所 在 地

診 断 医 師 名

印