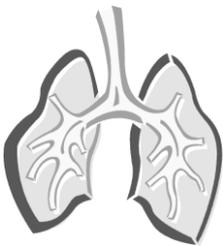


高齢者在宅サービス利用に係る健康診断書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日生 歳
住 所	TEL :		
【現病名】		平常血圧 (-) 平常脈拍 ()	
【既往歴】		【処方内容】 (薬アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
【現在の症状】			
感 染 症	【結核】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 所 見 :  (X-P 撮影日: 年 月 日)	【その他の感染症】 *検査を求める項目ではありません。 情報がございましたらご記入ください。 HBS 抗原 () HCV 抗体 () TPHA () 疥 癬 () STS () その他 () MRSA () [部位]	
	【医療的ケア等】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (褥瘡・留置カテーテル・酸素吸入・他)		
【医療処置が必要になった場合の看護師への指示事項】 ・褥瘡の処置 (可 / 否) ・カテーテルの管理 (可 / 否) ・在宅酸素の管理 (可 / 否) ・ストーマの処置 (可 / 否) ・排便管理: 摘便、浣腸等 (可 / 否)			
【医療上の指示事項】			
【事業利用に関する指示事項】 ・通所介護 (可 ・ 否) ・入 浴 (可 ・ 否) ・車による移送 (可 ・ 否) ・短期入所 (可 ・ 否) ・機能訓練 (可 ・ 否) ・その他禁止事項 ()			
【介護上の指示項目】			
・上記のとおり診断する		令和 年 月 日	
医療機関名	TEL :		
住 所	FAX :		
医 師 名			