

介護サービス共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな ①氏名		②男女	③明・大・昭	年	月	日
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						
⑦病状及び経過	血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整					
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 * ありの場合は実施中の処置にチェックして下さい。また指示事項などがあれば記入下さい。	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> じょくそう処置 <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他					
	指示事項:					
⑩認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * ありの場合は当てはまる自立度いずれかにチェックして下さい * 問題行動がある場合はその内容を記入して下さい	認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立して <input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる ----- <input type="checkbox"/> a 家庭外で上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 家庭内でも上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> III 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要する ----- <input type="checkbox"/> a 日中を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 夜間を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を要する <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門的治療を要する 問題行動 内容 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					