

⑪胸部X線検査 *原則全員に実施して下さい。但し六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、未実施にチェックし、自覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。	実施日 年 月 日 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	⑫肝炎ウイルス検査 HBS抗原(+-) HCV抗体(+-) 検査実施日 年 月 日 *原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり、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下さい。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。
	⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) *MRSAについては、IVH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 *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。	
<input type="checkbox"/> 胸部X線未実施:		

⑭サービス提供上の留意事項	移送留意: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 食事制限: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 服薬確認: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 留意事項、指示内容:
---------------	--

⑮備考 *特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい
------------------------------------

上記の通り診断する。平成 年 月 日

下記条件に従い複写することに同意する。 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は“同意しない”にチェックして下さい)

医療機関名 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話( ) - FAX( ) -

◎記載上の留意点

1. 全ての項目について記載して下さい。
2. は当てはまる場合にチェックして下さい(例:).
3. \*に従って記入して下さい。
4. 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下さい。
5. 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)。

◎複写の条件

1. 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
2. 複写ができる者は、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。
3. 上記「複写することに同意する」欄に記載医師がチェックしていること。

複写実施者名 _____ 印 _____	実施日 年 月 日 _____ 診断書記載医師同意確認日 年 月 日
注意点 ①この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得てください。 ②上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に、診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。 ③複写は必ず原本から行い、複写したもの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。	