

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	1985年	12月	24日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2	発症日	1985年	12月	24日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	3	発症日	1985年	12月	24日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	4	発症日	1985年	12月	24日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	5	発症日	1985年	12月	24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	<p style="text-align: center;">血圧 / mmHg 脈拍 / 分 整・不整</p>				
⑧使用中の薬剤 *用法、用量を記入してください					
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理にチェックをして下さい。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づ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	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している			
	<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、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、専門医療を要する			
問題行動	内容				
<input type="checkbox"/> なし					
<input type="checkbox"/> あり					