

社会福祉法人永和会 共通診断書

① ふりがな 氏名		② 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	③ 生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 歳
④ 診断名(既往含む) *別紙に病名や病歴などの添付があれば記載不要		発症年月日		⑤ 処方内容 *添付があれば記載不要		
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
⑥ 結核に 関すること	胸部X-P	異常所見: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 検査不能 理由 ()				
		*X-Pの必要性については、活動性結核の有無に関してご判断ください。				
	結核の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	症 状	咳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		発熱: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
⑦ 角化型疥癬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	角質増殖: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		掻痒感: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
⑧ 予防接種歴	インフルエンザ ワクチン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		平成	年	月 日 <input type="checkbox"/> 不明
	肺炎球菌 ワクチン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
		(ニューモバックス) 1回目		平成	年	月 日
2回目		平成	年	月 日		
	(プレベナー)		平成	年	月 日	
	(不明)		平成	年	月 日	
			平成	年	月 日	
⑨ 血液検査	入所に関して重要と思われるデータ(過去1年以内)があれば添付してください。 <input type="checkbox"/> 添付なし <input type="checkbox"/> 添付あり					
⑩ 医療機器 装置使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()					
⑪ アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤() 食品()					
⑫ 介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
⑬ 障害高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
⑭ 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *認知症なしに☑の場合、⑮自立度は「自立」に☑してください。					
⑮ 認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
	(BPSD、MMSE、HDS-R等)					
⑯ 利用に対する指示・特記事項等						
上記の通り診断します			診断年月日		平成	年 月 日
医療機関名						
所在地						
医師名			印			

◎利用の条件

- 1 使用期限は、上記診断日から1年以内に限り。
- 2 複写する場合は、当事者の同意を得てください。