

介護保険施設（特養・老健）入所に係る共通健康診断書

| | | | |
|--|--|--|--|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 |
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | 年 月 日 歳 |
| 住所 | 連絡先 | | |
| 現在の疾病（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. | | 2. | |
| 3. | | その他 | |
| 既往歴・手術歴 | | | |
| 現在の治療及び経過 | | | |
|  | 胸部X線所見 | 実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| | 撮影：平成 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔カテーテル） <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"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（ ） | 疥癬※疑われる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。 感染が疑われる所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（検査結果： ） |
| ※6カ月以内に撮影しており、特に変化のない場合は、その所見に基づき記入して頂いて差し支えありません。 | | | |
| 現在の処方内容（処方箋の写し、お薬手帳の写しでも可） | | | |
| 備考 ※特記すべき事項があれば記入して下さい。 | | | |
| 上記のとおり診断します。 | | | 平成 年 月 日 |
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> ※枠内の複写の同意チェック欄は、気仙沼・南三陸管内の医療機関のみ記載願います。 <input type="checkbox"/> 下記の条件に従い複写することに同意する。 <input type="checkbox"/> この診断書を複写することに同意しない。 <input checked="" type="checkbox"/> 複写する際の事務費用等の請求なし。 <input type="checkbox"/> 複写する際の事務費用等の請求あり。 </div> | | | |
| 医療機関名 | 医師名 | 印 | |
| 住所 | | | |
| ○記載上のお願い：施設から申出があった場合や、本診断書の内容だけでは不十分と判断した場合は必要に応じて直近の血液検査や画像診断の結果等を添付して下さい。 | | | |
| ○使用期限：この診断書の使用期限は作成日から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使用期限内（上記診断日から1年以内）に限ります。 | | | |
| ②複写ができる人は、本人及び家族、本人及び家族から同意を得た介護支援専門員又は生活相談員（特養）及び支援相談員（老健）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場合のみ複写可とします。 | | | |
| 複写実施者名 | 印 | 実施日 | 平成 年 月 日 |
| | | 診断書記載医師同意確認日 | 平成 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下さい。 | | | |
| 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、複写したものに日付と実施者の氏名を記載し捺印して下さい。 | | | |
| ④「複写する際の事務費等の請求あり」にチェックがある場合は、診断書を発行した医療機関に料金を確認し料金を病院窓口へ支払って下さい。 | | | |

【運用上の主な留意事項】

1. 共通健康診断書の使用について

施設が主治医からの情報提供や主治医意見書、診療情報提供書等によっても必要な健康状態の把握ができない場合で、健康診断書による健康状態の把握が必要な場合にのみ本診断書を使用することとする。

2. 共通診断書の費用について

また、共通健康診断書の文書料並びに検査にかかる費用は自由診療であり、金額の統一は独占禁止法に抵触するので、各医療機関で患者の負担にならない程度で設定して下さい。

3. 記載項目について

記載項目は医療情報、特に感染症を中心とし、胸部レントゲン撮影と疥癬についてのみ原則必須とし、これらについても既存のデータがあればそれを利用する。記載項目以外の、記載医師が有用と判断した情報は提供を勧奨し、生活や介護に関する情報は介護支援専門員、本人・家族等から施設側が聴き取りを行うべき項目であり必須としない。

胸部X線については6ヶ月以内に撮影しており、特に変化のない場合は、その所見に基づき記入して頂いて差し支えありません。胸部X線所見で、陈旧性肺結核を有する場合は記載願います。

疥癬については指間、腋窩、陰股部に痒みを伴う赤色の小丘疹や、皮膚の落屑、1～2ヶ月以内に疥癬患者との接触歴がある場合には記載し、また皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。

肝炎ウイルスについては既往歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づき健康診断書の既往歴又は備考欄に記載願います。

薬剤耐性菌については、IVH、気管切開、留置カテーテル、褥瘡等の医療処置中で感染が疑われる場合、MRSA、ESBLs(基質拡張型βラクタマーゼ産生菌)、MDRP(多剤耐性緑膿菌)などの薬剤耐性菌の検出歴が分かる場合は健康診断書の既往歴又は備考欄に記載願います。

施設からの申出があった場合や、本診断書の内容だけでは不十分と判断した場合は、必要に応じて直近の血液検査や画像等を添付願います。

処方内容は、記載に代えて処方箋又はお薬手帳の写しの添付でも差し支えありません。

4. 運用方法

①診断書は、原則記載日から1年間有効とし、記載の時点で複写することの同意を得た上に、さらに複写する際に、再度記載医師に複写することの同意を得ることとします。

②複写ができる人は、本人及び家族、本人及び家族から同意を得た介護支援専門員又は生活相談員(特養)及び支援相談員(老健)のみです。

③介護支援専門員又は生活相談員(特養)及び支援相談員(老健)が本人又は家族からの依頼を受けて複写する場合は、「医療機関(医師・歯科医師・薬剤師等)とケアマネジャーの連携連絡票」を用いて記載医師から複写する事の同意を得てください。(※連携連絡票に複写する枚数と提出先施設名を明記して下さい)。

④複写する際には必ず原本から複写して(複写からの複写は不可)、複写したものに複写を実施した者の氏名、複写実施日、記載医師の同意確認日を記載・捺印して下さい。

⑤「複写する際の事務費等の請求あり」にチェックがある場合は、診断書を発行した医療機関に料金を確認し、料金を病院窓口へ支払って下さい。

⑥原本の保管は、本人又は家族の保管を原則とします。ただし、やむを得ない事情がある場合は、介護支援専門員又は生活相談員(特養)及び支援相談員(老健)が本人又は家族の同意を得た上で保管して下さい。

⑦本診断書は、施設の利用申し込み時(老健)及び入所時(特養)のみに使用するものとします。

⑧本診断書を使用できる施設は、気仙沼・南三陸管内の施設(特養・老健)に限ります。

⑨本診断書は、気仙沼・南三陸管外の医療機関への使用も可としますが、複写の同意欄の使用については、気仙沼・南三陸管内の医療機関に限ります。

⑩気仙沼・南三陸管外の医療機関へ本診断書を使用する場合は、複写の同意チェック欄に二重線を引いて使用して下さい。

⑪本診断書の取り扱いにあたっては、個人情報保護に十分注意して下さい。