

氏 名			男・女	T・S	年	月	日生
住 所	TEL ()						
現疾患			既往症				
_____ (年 月 日発病)			_____ (年 月頃)				
_____ (年 月 日発病)			_____ (年 月頃)				
_____ (年 月 日発病)			_____ (年 月頃)				
現在の状況							
【病状としての見通し】 ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化							
【リハビリによる改善の可能性】 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明							
【受診状況】 ☐ 定期的 ☐ 不定期 ☐ なし							
【受診手段・方法】 ☐ 自力 ☐ 要介助 ☐ 車いす ☐ 往診							
【服薬指示】 ☐ なし ☐ あり							
【アレルギー（食品 他）】 ☐ 有 () ☐ 無 ☐ 不明							
感染症							
○疥癬 (あり ・ なし ・ 不明)							
○肺結核 胸部X線 (年 月) 所見 ()							
○その他 (疾患名)							
○肝炎 検査年月日 (年 月)							
結果： HBs抗原 (+・-) HCV抗体 (+・-)							
※上記記載は複写添付でも代替可能							
入浴の可否 (可 ・ 否)				運動の可否 (可 ・ 否)			
<u>入浴中止時</u>				<u>運動中止時</u>			
血圧 / mmHg 以上 / mmHg 以下				血圧 / mmHg 以上 / mmHg 以下			
体温 ℃以上				体温 ℃以上			
脈拍・呼吸についての中止事項 ()				脈拍・呼吸についての中止事項 ()			
介護サービス利用上の指示事項・特記事項 ※特に必要がある場合に記入							
☐ インスリン ☐ 摘便 ☐ 浣腸 ☐ その他 ()							
上記のとおり診断します							
令和 年 月 日							
主治医 住所							
氏名							
印 (自筆の場合は不要)							



【居宅介護支援事業所等またはサービス事業所記入欄】

健康診断書・診療情報提供書を複写し事業所に渡した年月日を記載してください

【介護サービス】

事業所名	サービスの種類				
	短期入所	通所介護 通所リハ	訪問介護 訪問リハ	訪問入浴	その他 ()
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

【介護予防サービス】

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日