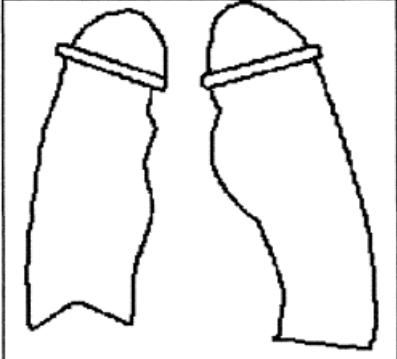


(11)胸部X線検査 *原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づき記入していただいて差し支えありません。 *在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、未実施にチェックし、自他覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。	実施日 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年 月 日 	(12)肝炎ウイルス検査 HBS抗原(+ -) HCV抗体(+ -) 検査実施日 年 月 日 *原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり、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ください。また他院での検査や肝炎ウイルス健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。
	<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

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

- 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
- 複写ができるものは、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。
- 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、捺印をして下さい。					