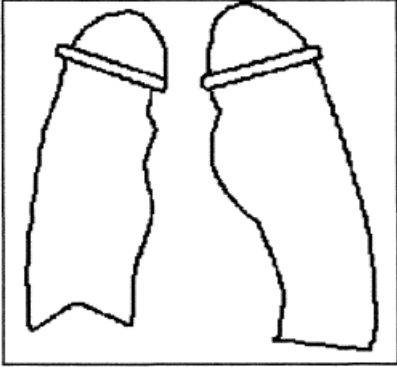


<p>⑪胸部X線検査 <small>*原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づき記入していただいても差し支えありません。 <small>*在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、未実施にチェックし、自他覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。</small></small></p>	<p>実施日 年 月 日</p> <p>異常所見 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>  <p><input type="checkbox"/>胸部X線未実施:</p>	<p>⑫肝炎ウイルス検査 HBS抗原(+ -) HCV抗体(+ -) 検査実施日 年 月 日 <small>*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。 <small>*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。</small></small></p> <p>⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) <small>*MRSAについては、IVH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 <small>*疥癬を疑う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。</small></small></p>
<p>⑭サービス提供上の留意事項</p>	<p>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</p> <p>留意事項、指示内容:</p>	
<p>⑮備考 <small>*特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい</small></p>		
<p>上記の通り診断する。 平成 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 下記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。 (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)</p> <p>医療機関名 _____ 所在地 _____</p> <p>医師名 _____ 印 _____</p> <p>電話(_____) - _____ FAX(_____) - _____</p>		

◎記載上の留意点

1. 全ての項目について記載して下さい。
2. ☐は当てはまる場合にチェックして下さい(例: ☒)。
3. *に従って記入して下さい。
4. 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りますので、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。
5. 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

1. 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
2. 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。
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こと。

<p>複写実施者名 _____</p>	<p>印 _____</p>	<p>実施日 年 月 日</p>
<p>診断書記載医師同意確認日 年 月 日</p> <p>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。</p>		