

# 施設利用健康診断書

|  |  |                      |                  |
|--|--|----------------------|------------------|
| 氏 名  | (男・女)  | 生年月日                 | 明・大・昭 年 月 日 ( 歳) |
| 住 所  |  |                      |                  |
| 病 名<br><small>(介護を必要とする)</small>   | 1)   | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |                  |
|  | 2)   | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |                  |
|  | 3)   | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |                  |
| 既往症  | 1)   | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |                  |
|  | 2)   | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |                  |
| 現 症  |  |                      |                  |
| 診療内容及び処方   |  |                      |                  |
| ◆特別な医療   |  |                      |                  |
| 処置内容   | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置<br><input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 |                      |                  |
| 特別な対応  | <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置   |                      |                  |
| 失禁への対応   | <input type="checkbox"/> カテーテル(コドームカテーテル、留置カテーテル 等)  |                      |                  |
| ◆心身の状態   |  |                      |                  |
| (1)日常生活の自立度等について   |  |                      |                  |
| ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2<br>・認知症高齢者の日常生活自立度<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |  |                      |                  |
| (2)理解および記憶   |  |                      |                  |
| ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり<br>・日常の意思決定を行うための認知能力<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない<br>・自分の意思の伝達能力<br><input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない<br>・食事 <input type="checkbox"/> 自立しないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助  |  |                      |                  |
| (3)問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)  |  |                      |                  |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊<br><input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動<br><input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |                      |                  |

※裏面にも記入欄あり