**介護サービス利用時診断書　申請書**

**【申込年月日】**　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**【患者様のお名前】**

|  |  |
| --- | --- |
| 診察券番号 |  |
| （ふりがな）  お名前 |  |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　年　　　月　　　　日生 |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |

**【お申込にこられた方】**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  お名前 |  |
| 患者様とのご関係 | * 本人　　□　夫・妻　　□　子　　□その他（　　　　　） * 事業所の方　（職種：　　　　　　　　　　　　　　　　）   （事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所 | （事業所の方の場合は事業所の住所をご記入下さい） |
| 連絡先 |  |

**【担当ケアマネジャー等】**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  お名前 |  |
| 患者様とのご関係 | * ケアマネジャー　□　地域包括支援センター   （事業所又は地域包括名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所 | （事業所の方の場合は事業所の住所をご記入下さい） |
| 連絡先 |  |

**【ご提出先名】**

　ご提出される先の事業所名を記入し、種類に○をつけて下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 種類（デイサービス、訪問入浴等） |
|  | 通所介護・通所リハ・訪問入浴・小規模多機能型居宅介護・通所型サービス・その他（　　　　　） |
|  | 通所介護・通所リハ・訪問入浴・小規模多機能型居宅介護・通所型サービス・その他（　　　　　） |

介護サービス利用時診断書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | |  | 生年月日 |  |
| 住所 | |  | 電　話 | （　　　） |
| 病名（症状） | | | | |
| 既往歴 | | | | |
| 診  断  項  目  等 | （１）喀痰検査または胸部X線検査で結核の疑いが　 （有る　無し）  （２）疥癬を示唆する所見が　　　　　　　　　　　　（有る　無し）  （３）MRSA感染症状が　　　　　　　　　　　　　　（有る　無し）  　　　（MRSAの症状がない場は保菌の有無の確認も不要です）  　　「有り」の場合は、その部位を記載してください  　　　　　（　部位；　　　　　　　　　　　　　）  （４）入浴の可否　　　　　　　　　　　　　　　　　（可　　　否） | | | |
| 入浴およびリハビリテーションが可能な場合は血圧・体温をご教示ください。  収縮期血圧　　　　　　　mmHg以上、　　　　　　　mmHg以下で入浴可能  体温　　　　　　　 ℃以下で入浴可能 | | | | |
| その他注意事項記入欄 | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　年　　月　　日  医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |

　（松戸市介護サービス共通）　　　　　　　初回利用時のみ提出・診断日より一年間有効

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 松戸市医師会在宅ケア委員会