



発行日 平成 28年 2月 第 96号

日頃、地域医療連携室にご支援・ご協力をいただきありがとうございます。
 高齢化に伴い、施設入所が必要な患者は、今後、ますます増加することが予想されます。

この度、当院と横手医師会の共同で、施設入所の際に必要な健康診断書の書式が統一され、運用となりましたので、ご報告いたします。

地域医療連携室 大沢 知佳

施設入所に伴う「健康診断書」の書式統一について

平成27年6月、脳神経外科の近藤 類先生より、施設入所に必要な健康診断書の書式統一について提案がありました。横手市医師会長 西成 忍先生のご協力をいただき、10月より、横手市内の施設共通の健康診断書が運用されています。

書式の統一を図ることは、医療と介護の連携強化につながる他、書類作成に伴う医師の業務負担の軽減を図ることができます。

今後も、患者さんの医療・介護の情報を、正確かつ簡潔に共有するための方法やツールについて、院内や地域医療・福祉機関の関係者とともに検討していきたいと思っております。

診 断 書		入 所 用	
フリガナ	ID	氏 名	生年月日 性別
住 所		病 名	合併症
既往歴 手術歴	作成手順 1. 電子カルテ「文書入力」 2. 「健康診断書」で検索 3. 「お気に入り」に保存し、使用		
傷病の経過 および 治療内容			
麻 痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (部位:)	関節拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (部位:)
疼 痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (部位:)	排尿状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> カテーテル
褥 瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (部位:)	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ⇒ ()
痴呆性老人の 日常生活 自立度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	問題行動 の有無 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 幻聴幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ ()

感 染 症	HBsAg	<input type="checkbox"/>	胸部X線写真	<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接	撮影日: _____			
	HCV	<input type="checkbox"/>						
	TPHA	<input type="checkbox"/>						
	RPR	<input type="checkbox"/>						
	MRSA	<input type="checkbox"/>						
	結核の既往	<input type="checkbox"/>	特記すべき所見なし					
その他の 伝染性疾患	<input type="checkbox"/>							
血液型		血 圧	/	mmHg	脈 拍	/min		
心電図異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ()							
検 査 値	WBC	/uL	AST	IU/L	TP	g/dL	血糖	mg/dL
	RBC	x10 ⁴ /uL	ALT	IU/L	BUN	mg/dL	HbA1c	%
	Hb	g/dL	γ-GTP	IU/L	CRE	mg/dL	尿蛋白	
	Ht	%	TG	mg/dL	Na	mEq/L	尿糖	
	PLT	/uL	HDL-C	mg/dL	K	mEq/L	尿潜血	
	CRP	mg/dL	LDL-C	mg/dL	CL	mEq/L	ウロビリ ノーゲン	
	医師の 所見	直近の検査データが、自動的に反映 ※ 未検査の項目がある場合は、新たに検査が必要なか、施設に確認！						
処方 内容	記入日 _____ 施設住所 〒 _____ 施設名 _____ 医師氏名: _____							

施設入所用「健康診断書」