

介護診断書

1. 氏名 カルテ番号()	男 () 女 ()	生年月日 昭和 (平成) (令和)	年 月 日																																																																																																			
ア、入院・手術等の原因(契機)となった傷病		傷病発生年月日 年 月 日																																																																																																				
イ、アの原因		受診契機 自覚症状(前医紹介) (健診指摘)その他 健診日: 年 月 日	第1回目の入院を指示した日 年 月 日																																																																																																			
ウ、合併症		第1回目の手術を指示した日 年 月 日	年 月 日																																																																																																			
エ、アの初診日		終診(治癒・寛解) (現在加療中) (転院(入院)) (転院(通院)) (中止) オ、アの直近の診察日 年 月 日 転帰																																																																																																				
3. 前医・紹介医	詳細をご記入ください。 傷病名: 治療期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 医療機関名:																																																																																																					
4. 既往症・持病	詳細をご記入ください。 傷病名: 治療期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 医療機関名:																																																																																																					
5. 入院期間 ※入院料を算定した期間をご記入ください。 ※入院が1日のみの場合、入院日・退院日は同日をご記入ください。	第1回 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 (現在入院中) 第2回 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 (現在入院中) (第3回以降) 第3回以降の入院があれば、入退院日および「退院」「現在入院中」の区分をご記入ください。																																																																																																					
6. 手術・処置 ※診断・検査のみを目的とする手術は除きます。	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">① 開頭術 ② 穿頭術(新たな穿頭による) ③ 穿頭術(既存の穿頭穴を使用) ④ 開胸術 ⑤ 胸腔鏡 ⑥ 開腹術 ⑦ 腹腔鏡 ⑧ 経皮的(穿刺処置除く) ⑨ 経尿道的 ⑩ 経腸的 ⑪ 眼科レーザー ⑫ カテーテルによる手術 ⑬ 膀胱鏡 ⑭ 子宮鏡 ⑮ 喉頭直達鏡 ⑯ その他の内視鏡() ⑰ その他()</td> <td colspan="5">手術の内容</td> </tr> <tr> <td>手術種類</td> <td>手術名 ※持続ドレナージ等の処置もご記入ください。</td> <td>診療報酬点数区分</td> <td>手術部位</td> <td>手術日</td> <td>骨・関節に対する手術の場合は</td> <td>手指・足指に対する手術の場合、MP関節より</td> <td>筋・腱・靭帯による手術の場合、病変の局所</td> <td>血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局所</td> <td>植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積</td> <td>水頭症に対するシャント手術の場合</td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>(K) ()</td> <td>(1)右 (2)左 (3)両側</td> <td>年 月 日</td> <td>①観血 ②非観血</td> <td>①中極 ②関節上 ③末梢</td> <td>①及ぶ ②及ばない</td> <td>①四肢血栓 ②四肢以外 ③末梢</td> <td>①5cm以上 ②5cm未満</td> <td>VP VA LP</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>(K) ()</td> <td>(1)右 (2)左 (3)両側</td> <td>年 月 日</td> <td>①観血 ②非観血</td> <td>①中極 ②関節上 ③末梢</td> <td>①及ぶ ②及ばない</td> <td>①四肢血栓 ②四肢以外 ③末梢</td> <td>①5cm以上 ②5cm未満</td> <td>VP VA LP</td> </tr> </table>			① 開頭術 ② 穿頭術(新たな穿頭による) ③ 穿頭術(既存の穿頭穴を使用) ④ 開胸術 ⑤ 胸腔鏡 ⑥ 開腹術 ⑦ 腹腔鏡 ⑧ 経皮的(穿刺処置除く) ⑨ 経尿道的 ⑩ 経腸的 ⑪ 眼科レーザー ⑫ カテーテルによる手術 ⑬ 膀胱鏡 ⑭ 子宮鏡 ⑮ 喉頭直達鏡 ⑯ その他の内視鏡() ⑰ その他()		手術の内容					手術種類	手術名 ※持続ドレナージ等の処置もご記入ください。	診療報酬点数区分	手術部位	手術日	骨・関節に対する手術の場合は	手指・足指に対する手術の場合、MP関節より	筋・腱・靭帯による手術の場合、病変の局所	血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局所	植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積	水頭症に対するシャント手術の場合	(1)	(K) ()	(1)右 (2)左 (3)両側	年 月 日	①観血 ②非観血	①中極 ②関節上 ③末梢	①及ぶ ②及ばない	①四肢血栓 ②四肢以外 ③末梢	①5cm以上 ②5cm未満	VP VA LP	(2)	(K) ()	(1)右 (2)左 (3)両側	年 月 日	①観血 ②非観血	①中極 ②関節上 ③末梢	①及ぶ ②及ばない	①四肢血栓 ②四肢以外 ③末梢	①5cm以上 ②5cm未満	VP VA LP																																																													
① 開頭術 ② 穿頭術(新たな穿頭による) ③ 穿頭術(既存の穿頭穴を使用) ④ 開胸術 ⑤ 胸腔鏡 ⑥ 開腹術 ⑦ 腹腔鏡 ⑧ 経皮的(穿刺処置除く) ⑨ 経尿道的 ⑩ 経腸的 ⑪ 眼科レーザー ⑫ カテーテルによる手術 ⑬ 膀胱鏡 ⑭ 子宮鏡 ⑮ 喉頭直達鏡 ⑯ その他の内視鏡() ⑰ その他()		手術の内容																																																																																																				
手術種類	手術名 ※持続ドレナージ等の処置もご記入ください。	診療報酬点数区分	手術部位	手術日	骨・関節に対する手術の場合は	手指・足指に対する手術の場合、MP関節より	筋・腱・靭帯による手術の場合、病変の局所	血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局所	植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積	水頭症に対するシャント手術の場合																																																																																												
(1)	(K) ()	(1)右 (2)左 (3)両側	年 月 日	①観血 ②非観血	①中極 ②関節上 ③末梢	①及ぶ ②及ばない	①四肢血栓 ②四肢以外 ③末梢	①5cm以上 ②5cm未満	VP VA LP																																																																																													
(2)	(K) ()	(1)右 (2)左 (3)両側	年 月 日	①観血 ②非観血	①中極 ②関節上 ③末梢	①及ぶ ②及ばない	①四肢血栓 ②四肢以外 ③末梢	①5cm以上 ②5cm未満	VP VA LP																																																																																													
7. 放射線・温熱療法 ※内照射も含みます。	療法名	体外照射(定位照射)(IMRT) 密封小線源(温熱療法)(その他)()	期間 年 月 日 ~ 年 月 日	区分 M - ()	部位	総線量	グレイ Bq mc																																																																																															
8. 経過	発病(受傷)から初診までの経過(いつごろからどのような症状があったか)、初診時の主訴・所見および症状の経過(検査内容および検査結果・検査結果判明日・治療内容・経過等)																																																																																																					
9. 【器質性認知症・軽度認知障害について】	<table border="1"> <tr> <td>無</td> <td colspan="9">「無」の場合、以下の②~⑥の記入は不要です。</td> </tr> <tr> <td>器質性認知症</td> <td colspan="9"> ②器質性認知症について 器質性認知症の分類項目について、1)~10)に該当するものに○をしてください。 1)アルツハイマー病の認知症 2)血管性認知症 3)ピック病の認知症 4)クロイツフェルト・ヤコブ病の認知症 5)ハンチントン病の認知症 6)パーキンソン病の認知症 7)ヒト免疫不全ウィルス(HIV)病の認知症 </td> </tr> <tr> <td>軽度認知障害</td> <td colspan="9"> ②軽度認知障害について 軽度認知障害の分類項目について、1)~12)に該当するものに○をしてください。 1)アルツハイマー病による軽度認知障害 2)前頭側頭葉変性症による軽度認知障害 3)レビー小体病を伴う軽度認知障害 4)血管性軽度認知障害 5)外傷性脳損傷による軽度認知障害 6)物質・医薬品誘発性軽度認知障害 7)HIV感染による軽度認知障害 8)プリオント病による軽度認知障害 9)パーキンソン病による軽度認知障害 10)ハンチントン病による軽度認知障害 11)他の医学的疾患による軽度認知障害 12)複数の病因による軽度認知障害 </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="9"> 認知障害の有無について、1)~5)に該当するものに○をしてください。 1)記憶力障害 2)注意力・集中力の低下 3)社会的認知機能の低下 4)言語・理解力の低下 5)視空間機能の低下 </td> </tr> <tr> <td>認知機能検査</td> <td colspan="9">1)MMS E → 点数() 2)HDS-R → 点数() 3)その他()</td> </tr> <tr> <td>臨床検査</td> <td colspan="9">1)MRI 4)PET 7)その他() 2)CT 5)血液検査 8)なし 3)SPECT 6)脳脊髄液検査</td> </tr> <tr> <td>④器質性認知症または軽度認知障害が診断確定された日</td> <td>年 月 日</td> <td>⑤器質性認知症または軽度認知障害で初めて医療機関を受診した日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>⑥器質性認知症または軽度認知障害の症状についてご記入ください。</td> <td>現在の状態</td> <td>継続中</td> <td>回復済み</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>臨床所見(診断経緯、症状の経過)</td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>										無	「無」の場合、以下の②~⑥の記入は不要です。									器質性認知症	②器質性認知症について 器質性認知症の分類項目について、1)~10)に該当するものに○をしてください。 1)アルツハイマー病の認知症 2)血管性認知症 3)ピック病の認知症 4)クロイツフェルト・ヤコブ病の認知症 5)ハンチントン病の認知症 6)パーキンソン病の認知症 7)ヒト免疫不全ウィルス(HIV)病の認知症									軽度認知障害	②軽度認知障害について 軽度認知障害の分類項目について、1)~12)に該当するものに○をしてください。 1)アルツハイマー病による軽度認知障害 2)前頭側頭葉変性症による軽度認知障害 3)レビー小体病を伴う軽度認知障害 4)血管性軽度認知障害 5)外傷性脳損傷による軽度認知障害 6)物質・医薬品誘発性軽度認知障害 7)HIV感染による軽度認知障害 8)プリオント病による軽度認知障害 9)パーキンソン病による軽度認知障害 10)ハンチントン病による軽度認知障害 11)他の医学的疾患による軽度認知障害 12)複数の病因による軽度認知障害										認知障害の有無について、1)~5)に該当するものに○をしてください。 1)記憶力障害 2)注意力・集中力の低下 3)社会的認知機能の低下 4)言語・理解力の低下 5)視空間機能の低下									認知機能検査	1)MMS E → 点数() 2)HDS-R → 点数() 3)その他()									臨床検査	1)MRI 4)PET 7)その他() 2)CT 5)血液検査 8)なし 3)SPECT 6)脳脊髄液検査									④器質性認知症または軽度認知障害が診断確定された日	年 月 日	⑤器質性認知症または軽度認知障害で初めて医療機関を受診した日	年 月 日								⑥器質性認知症または軽度認知障害の症状についてご記入ください。	現在の状態	継続中	回復済み								臨床所見(診断経緯、症状の経過)									
無	「無」の場合、以下の②~⑥の記入は不要です。																																																																																																					
器質性認知症	②器質性認知症について 器質性認知症の分類項目について、1)~10)に該当するものに○をしてください。 1)アルツハイマー病の認知症 2)血管性認知症 3)ピック病の認知症 4)クロイツフェルト・ヤコブ病の認知症 5)ハンチントン病の認知症 6)パーキンソン病の認知症 7)ヒト免疫不全ウィルス(HIV)病の認知症																																																																																																					
軽度認知障害	②軽度認知障害について 軽度認知障害の分類項目について、1)~12)に該当するものに○をしてください。 1)アルツハイマー病による軽度認知障害 2)前頭側頭葉変性症による軽度認知障害 3)レビー小体病を伴う軽度認知障害 4)血管性軽度認知障害 5)外傷性脳損傷による軽度認知障害 6)物質・医薬品誘発性軽度認知障害 7)HIV感染による軽度認知障害 8)プリオント病による軽度認知障害 9)パーキンソン病による軽度認知障害 10)ハンチントン病による軽度認知障害 11)他の医学的疾患による軽度認知障害 12)複数の病因による軽度認知障害																																																																																																					
	認知障害の有無について、1)~5)に該当するものに○をしてください。 1)記憶力障害 2)注意力・集中力の低下 3)社会的認知機能の低下 4)言語・理解力の低下 5)視空間機能の低下																																																																																																					
認知機能検査	1)MMS E → 点数() 2)HDS-R → 点数() 3)その他()																																																																																																					
臨床検査	1)MRI 4)PET 7)その他() 2)CT 5)血液検査 8)なし 3)SPECT 6)脳脊髄液検査																																																																																																					
④器質性認知症または軽度認知障害が診断確定された日	年 月 日	⑤器質性認知症または軽度認知障害で初めて医療機関を受診した日	年 月 日																																																																																																			
⑥器質性認知症または軽度認知障害の症状についてご記入ください。	現在の状態	継続中	回復済み																																																																																																			
臨床所見(診断経緯、症状の経過)																																																																																																						

10. 【見当識障害について】

保険金19.10 (860205)

①現時点における見当識障害の有無	有	②意識障害のない状態における見当識障害の症状について、ご記入ください。	1)季節の認識 2)朝・昼・夜の違いの認識 3)今住んでいる自分の家または今いる場所の認識 4)日頃接している家族または日頃接している周囲の人の認識	できない できる できない できる できない できる できない できる
	無	(③上記1)~4)のうち、「できない」に一つでも○がある場合に、ご記入ください。(該当する項目が複数ある場合は、最も古い日付をご記入ください)		
見当識障害があると診断された日				年 月 日

11. 【日常生活上の介護の状態について】

日常生活動作について、下記のア~エのうち該当するものに○をしてください。 加えて、アまたはイに該当する場合は、ア・イいずれかに該当する期間をご記入ください。			
<input type="checkbox"/> 歩行 (立った状態から、日常生活を遂行するうえで必要な歩行ができるかどうか)			
ア 介助がなければ自分ではまったくできない。(何かにつかまっても、誰かに支えてもらわっても不可能な場合で、車椅子を使用しなければならない状態。寝たきりの場合も含みます。) イ 補装具等を使用しても介助がなければ困難。 ウ 補装具等を使用すれば自分でできる。 エ 自分でできる。			
アまたはイの状態に該当する期間 年 月 日 ~ 年 月 日 アまたはイの場合 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 衣服の着脱 (眼前に用意された衣服を着ることができ、かつ、脱ぐことができるかどうか。(収納場所からの出し入れ等は含みません。))			
ア 介助がなければ自分ではまったくできない。 イ 衣服を工夫しても介助がなければ困難。 ウ 衣服を工夫すれば、自分でできる。(補装具等を使用している場合を含みます。) エ 自分でできる。			
アまたはイの状態に該当する期間 年 月 日 ~ 年 月 日 アまたはイの場合 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 入浴 (浴槽の出入りおよび洗身ができるかどうか。浴室への移動や衣服の着脱等は含みません。)			
ア 介助がなければ自分ではまったくできない。 イ 浴槽などを工夫しても介助がなければ困難。 ウ 浴槽などを工夫すれば自分でできる。(補装具等を使用している場合を含みます。) エ 自分でできる。			
アまたはイの状態に該当する期間 年 月 日 ~ 年 月 日 アまたはイの場合 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 食物の摂取 (眼前に用意された食物を食べることができるかどうか。配膳や後かづけ等は含みません。)			
ア 介助がなければ自分ではまったくできない。スプーン・フィーディング、経管栄養、胃瘻または中心静脈栄養等の場合を含みます。 イ 食器・食物等を工夫しても介助がなければ困難。(切る、ほぐす、皮を剥く、骨をとる等の介助が必要な場合を含みます。) ウ 食器・食物等を工夫すれば自分でできる。(補装具等を使用している場合を含みます。) エ 自分でできる。			
アまたはイの状態に該当する期間 年 月 日 ~ 年 月 日 アまたはイの場合 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 排泄 (排泄および排泄後の後始末ができるかどうか。トイレへの移動や衣服の着脱等は含みません。)			
ア 介助がなければ自分ではまったくできない。(排泄を常時おむつに依存している場合を含みます。) イ 特別の器具を使用しても身体に触れて行う直接的な介助がなければ困難。 ウ 特別の器具を使用すれば自分でできる。(使用した特別の器具の後始末などの間接的援助が必要な場合を含みます。) エ 自分でできる。			
アまたはイの状態に該当する期間 年 月 日 ~ 年 月 日 アまたはイの場合 年 月 日			
12.請求意思能力		保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できますか。	
		理解できる	請求意思能力について詳細に記入してください。
		理解できない	
		その他	
病院(診療所)名・診療科 以上とのおり証明(診断)します。 年 月 日			
所在地			
電話番号 医師名			
当診断書料金 印 金 円 ※税込			