


静岡市障害福祉サービス(短期入所)共通診断書

氏名	住所		身長 170 cm		体重 50 kg	
	大正 昭和 平成 令和 45年 11月 1日生					
診断名	1. 知的障害 2. 右半身麻痺(脳梗塞) 3. てんかん 4. 5.特筆すべき診断なし		発症	年	月(不詳)	
主な既往症・障害名	1.C型肝炎 2.脳梗塞 3.誤嚥性肺炎 4. 5.		発症	S58	年	月
病状経過	元来知的障害があり、療育を受けていた。平成30年8月脳梗塞を発症し、右半身麻痺となった。発症以前はまれに大きな声を出すことがあったが、現在は落ち着いている。					
アレルギーの有無	気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明		
	薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 不明		
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(卵(火が通っていれば可))	<input type="checkbox"/> 不明		
	その他のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 不明		
処方内容	※おくすり手帳のコピーを添付いただく形でも構いません					
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ※結核、疥癬など集団生活上支障となる伝染性疾患がある場合以下に記入してください C型肝炎					
胸部X線写真所見	【必須】 撮影日	年	月	日	血圧	135/78
	所見:	事情により撮影不可			脈拍	76/分
	肺結核の既往	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	心電図検査	不必要と判断し、実施せず ※必要な場合のみ実施してください	
特記事項	不随意運動と発作があるため、転倒など注意が必要。多動であり、言語的な指示が入りづらい。					
上記の通り診断致しました						
本診断書が、障害福祉サービスの利用のために必要である場合、使用期限内(診断書作成日から1年以内)に限り、適切な原本管理のもと複写して利用することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません						
年 月 日						
医療機関名 _____ 科 医師:						

障がいの有無の診断についての記載は必須ではありません。

複写実施日	複写実施者氏

<診断書の使用にあたっての留意点>

- ・本診断書は、静岡市内の障がい福祉サービス事業所の利用申込み時に使用できます。
- ・本診断書原本の管理は、原則本人または家族が行います。
- ・本診断書の使用期限は、診断日から1年以内です。ただし、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。身体の状態に変化があった場合は、再度医師の診断を受けてください。
- ・診断書の複写の条件は次のとおりです。
 1. 「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
 2. 使用期限内(診断日から1年以内)である
 3. 複写ができる者は、原則本人または家族とする
 4. 複写は必ず原本から行い(複写の複写は不可)、複写したものに複写を実施した者の氏名、複写実施日を記載する

<診断書の記載にあたって留意点>

・診断書の項目について

※本診断書は、施設入所にあたっての判断をすることを前提に、すべての利用者に共通する最小限の項目を選定したため、血液検査や心電図等は必須項目としていません。対象者によって必要となる場合は個別に御対応ください。

※結核の発病の有無の確認のため、胸部エックス線検査を必須としています。

※サービス提供にあたり事業所が本診断書記載以外の項目を必要とする場合は、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等の添付、診療情報提供書等での情報共有を実施してください。

・診断書複写の同意について

病状が不安定または複写が不適切な場合には“同意しません”にチェックしてください。