

カルテNO	医療機関	施設基準

地域包括診療テーブル

記載 年 月 日
 プルダウン入力

氏名	ふりがな	性別		生年月日			<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	
				年	月	日	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 高脂血症	
							<input type="checkbox"/> その他		
健診・検診		勧奨の有無	受診の有無	受診日			実施機関	判定	所見
健診	特定健診	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
	事業所健診	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
		受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
		受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
		受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
		受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
指導									
がん検診	胃がん	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
	肺がん	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
	大腸がん	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
	乳がん	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
	子宮がん	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
	前立腺がん	受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
		受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
		受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
		受診勧奨 <input type="checkbox"/>	受診 <input type="checkbox"/>	年	月	日			
指導									
介護保険制度		介護保険に係わる相談 主治医意見書作成			居宅療養管理指導算定 介護認定審査会出務				
介護保険	介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 認定済	認定日	年	月	日	要介護度・期間	月
		<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 認定済	認定日	年	月	日	要介護度・期間	月
	介護保険サービス				回 /			サービス提供	
					回 /			サービス提供	
					回 /			サービス提供	
					回 /			サービス提供	
指導									
地域包括診療		医療機関連携		医薬連携		多職種連携			
受診医療機関									
受診状況									
投薬	薬剤名	用法	薬剤名	用法	薬剤名	用法	薬剤名	用法	
指導									
その他	処方箋	<input type="checkbox"/> 院内	<input type="checkbox"/> 院外	24時間対応薬局リスト			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	敷地内禁煙	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	地域包括診療加算算定			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
地域包括診療ならびに医療情報提供への同意						<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	患者署名欄	