別記様式第2号

(表)

訪問入浴サービス事業利用診断書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) |
| 住所 | 士幌町　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話　　　　　　　　　　) | | | | |
| 身長 | | cm | | 体重 | kg |
| 既往症(発症年月日も併記) | | | | | |
| 現在治療中の疾病(発症年月日も併記) | | | | | |
| 治療内容 | | 投薬  注射  その他 | | | |
| 血圧測定  ／　　　　　　　mmHg | | | | 肺結核(①又は②のいずれか)  ①　喀痰TB菌塗抹検査(＋・－)  ②　胸部レントゲン検査  　　　　年　　月　　日撮影(直接・間接)  所見 | |
| 梅毒 | | 定性 | |
| HBS | | 抗原 | |
| HCV | |  | |
| BUN　　　　UA　　　　CRE | | | |
| MRSA  (採取部位　　　　　　　　　　　　　)  (お願い)  　褥瘡、経管栄養、カテーテル留置及びMRSAの疑いがあると思われる人に対してのみ検査してください。 | | | |
|  | |
|  | |
| 皮膚疾患 | | 褥瘡　　　　有・無  (「有」の場合は、状況を記入してください。)  その他の疾患 | | 入浴の適否　　　　適・否 | |
| その他注意事項 | |

(裏)

|  |
| --- |
| 特記事項(リハビリ状況等) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 診断書作成日　　　　　年　　月　　日  医療機関名：  所在地：　　　　　　　　　　(電話　　　　　　　　　　)  医師名：　　　　　　　　　　印 |