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 |