

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)
梅毒	定性			
H B S	抗原			
H C V				
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			

