

訪 問 入 浴 診 断 書

(小美玉市重度身体障がい者訪問入浴サービス用)

患者の氏名		男・女	生年 月日	年 月 日( 歳)
患者の住所	小美玉市			
傷病名				
既往症及び現在の症状				
訪問入浴サービス利用の適否	※該当するものに○を付けてください。 適 当 ・ 不 適 当			
感染症の有・無 (該当する□にレを付し、必要事項を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 有り ※有りの場合は、感染症の疾病名等を記入してください。 [ ] <input type="checkbox"/> 無し			
入浴に対する意見 (該当する□にレを付し、必要事項を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 入浴を許可する ( <input type="checkbox"/> 全身浴 ・ <input type="checkbox"/> 清拭又は部分浴のみ ) [週 回程度] ※ <入浴の条件> ※入浴の条件があれば記入してください。 [ ] <input type="checkbox"/> 入浴を許可しない			
	その他の所見 (入浴時の注意事項等)			
上記のとおり診断します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

※訪問入浴サービスの利用回数は、1人につき週3回が限度となります。