

門川町在宅重度身体障がい者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	門川町 (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		感染性疾患(皮膚・性病・胸部・血液疾患等) 有 () 無	
入浴可能血圧値 (最大血圧値) mmHg 以上 mmHg 未満 (最小血圧値) mmHg 以上 mmHg 未満			身体状況・精神状態	
MRSA (採取部位) (お願い) 褥創、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。			入浴の適否 適・否	
		入浴時の注意事項		
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		