

訪問入浴サービス事業用かかりつけ医診断書

対象者	氏名	
	住所	小山市
	生年月日	昭和 平成 年 月 日生( 歳) 令和
1 病名		
2 褥瘡の有無		
	有	保護シール 不要・要
	無	浴後処置 不要・要
3 感染症の有無		
	無	
	有( )	肝炎(B型・C型)・MRSA・緑膿菌 (疥癬・帯状疱疹は、原則として完治まで不可)
4 入浴上の注意【入浴可能範囲】		
	・血圧	収縮期 拡張期
	・体温	
	・脈拍	
	・その他指示事項	
5 入浴可否		
	可	・ 否

上記のとおり診断する。

年 月 日

所在地

医療機関名

連絡用電話番号

記入医師氏名

(記名押印又は自署)