様式第　２７　号

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）