

様式(第5条関係)

入浴に関する意見書（訪問入浴サービス用）

氏名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
住所	岸和田市		(電話 ())	
身長	cm	体重	Kg	
既往症(発症年月日も併記)				
現在治療中の病名及び治療の状況(発症年月日も併記)				
内服薬の状況				
麻痺・運動障害の状況				
血圧	/	mmHg	聴打診上の 特記・所見	
(高血圧・低血圧 の場合)	/	mmHg		
入浴許可の 上限・下限値	/	mmHg		
感染症等の 有無	<input type="checkbox"/> 感染症 有 (病名) ・ 無 <input type="checkbox"/> HCV () <input type="checkbox"/> ワッセルマン反応() <input type="checkbox"/> HBs抗原() ・ 抗体() <input type="checkbox"/> 褥瘡 有 ・ 無 部位() <input type="checkbox"/> 緑膿菌() <input type="checkbox"/> 疥癬 () <input type="checkbox"/> MRSA () * 上記感染症等の検査結果がある場合は、ご記入ください。			
入浴についての留意事項			入浴可否	可 ・ 否
年 月 日 医療機関 所在地 名称 電話番号 医師名				

印