

様式第2号（第4条関係）

訪問入浴サービス利用者用健康診断書

|     |      |   |    |     |
|-----|------|---|----|-----|
| 利用者 | 住所   |   |    |     |
|     | 氏名   |   | 性別 | 男・女 |
|     | 生年月日 | 年 | 月  | 日生  |

上記の利用者に関する意見は、以下のとおりです。

|       |                            |       |  |
|-------|----------------------------|-------|--|
| 疾病名   |                            |       |  |
| 入浴の可否 | <input type="checkbox"/> 可 |       |  |
|       | <input type="checkbox"/> 否 | 理由（ ） |  |

（入浴が「可」の方は以下もご記入ください。）

|        |   |
|--------|---|
| 身体状況   | <input type="checkbox"/> 特別な医療なし                                      |
|        | <input type="checkbox"/> 特別な医療あり<br>気管切開や胃ろうなど特別な対応を要するものがあればご記入ください。 |
| 感染症の有無 | <input type="checkbox"/> 無  |
|        | <input type="checkbox"/> 有<br>具体的にご記入ください。                            |
| 褥瘡等の有無 | <input type="checkbox"/> 無  |
|        | <input type="checkbox"/> 有<br>部位や留意点をご記入ください。                         |

入浴に当たり条件など注意事項があればご記入ください。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

作成医師氏名