　訪問入浴申請用　　　　　　　健康診断書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令  　　年　　月　　日（　　歳） |
| 主な診断名 | 主な診断名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  生活上の留意点（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他既往歴　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 感染性皮膚疾患の有無 | （ 無 ・ 有 ）　病名・状態等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 麻痺の有無 | （ 無 ・ 有 ）□右上肢　□左上肢　□右下肢　□左下肢　□その他（　　　　　　）  　　　　　　　程度・状態等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 関節拘縮の有　無 | （ 無 ・ 有 ）□肩関節　□ひじ関節　□股関節　□ひざ関節　□その他（　　　　）  　　　　　　　程度・状態等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 特別な医療 | （ 無 ・ 有 ）□気管切開　□経管栄養　□カテーテル　□ストーマ　□酸素療法  　□喀痰吸引　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 褥瘡の有無 | （ 無 ・ 有 ）　部位、状態等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 血　　圧 | （　　　　）～（　　　　） | | | |
| 入浴の可否  (必須項目) | （　可　・　否　） | | | |
| 総合所見 | その他、訪問入浴サービスの利用にあたっての留意事項、感染症の有無等 | | | |
| 上記のとおり診断します。  令和　　年　　月　　日 | | 医療機関名  所在地  電話番号  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

福祉事務所　障害者支援課