様式第３号（第５条関係）

入浴診断書・意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳）　 | 性別 | 男　・　女 |
| 既往症及び現在の疾病名 |  |
| 血圧 | 　　最高値　　　　　　　　　最低値 |
| 血液型 | 　　　　　　　型　　　Ｒｈ（　　　） |
| 感染性疾患の有無 | 疥癬 | 　あり　・　なし |
| 結核（陰影） | 　あり　・　なし |
| ＨＢＳ抗原検査 | 〔 － ＋ 〕　感染のおそれ〔あり・なし〕 |
| ＭＲＳＡ | 〔 － ＋ 〕　感染のおそれ〔あり・なし〕 |
| ワッセルマン反応 | 〔　－　±　＋　＋＋　〕感染のおそれ〔あり・なし〕 |
| 皮膚病 | あり（病名：　　　　　　　　　）・　なし |
| その他の感染性疾患 | あり（病名：　　　　　　　　　）・　なし |
| 総合所見 |  |
| 医師の指示及び禁止事項 |  |
| 上記の者について、現時点においては訪問入浴サービスを受けることに（ 支障あり ・ 支障なし ）と診断する。　　　令和　　年　　月　　日所 在 地　　　　　　　　　　　　医療機関　名　　称　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　印印　 |