

様式第6号(第5条関係)

訪問入浴サービスに係る診断書

住 所				性別	男・女
氏 名		生年月日		年 月 日生(歳)	
既往症					
現 症	(傷病名・症状経過)				
	皮膚疾患	(褥瘡その他)			
	精神障がい				
	入 浴 可 能 血 圧	～	摘 要		
H B s 抗 原	1 陰性 2 陽性()				
ワ 氏 反 応	1 陰性 2 陽性()				
M R S A 反 応	1 陰性 2 陽性(検査部位)				
そ の 他 の 伝 染 性 疾 患 の 有 無	1 陰性 2 陽性()				
入 浴 の 可 否	可 ・ 否				
医 師 の 所 見	(入浴に際しての注意事項等)				

上記のとおり診断します。

年 月 日

住所
病(医)院名
医師氏名

印