

津山市障害者等訪問入浴サービス事業利用診断書

氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	津山市 (電話 )			
身長	cm	体重	kg	
既往症(発症年月日も併記)				
現在治療中の疾病(発症年月日も併記)				
治療内容	投薬 注射 その他			
血圧測定	/	mmHg	肺結核(①又は②のいずれか) ①喀痰TB菌塗抹検査(+・-) ②胸部レントゲン検査 年 月 日撮影(直接・間接)	
梅毒	定性			
HBS	抗原			
HCV				
BUN	UA	CRE	所見	
MRSA (採取部位 ) (お願い) 褥瘡、経管栄養、カテーテル留置及び MRSAの疑いがあると思われる人に対するのみ検査してください。				
皮膚疾患	褥瘡 有・無 (「有」の場合は、状況を記入してください。)		入浴の適否 適・否	
	その他の疾患		その他特記事項	
特別な医療が必要となる場合の内容等 (処置内容) 1. 点滴の管理      2. 中心静脈栄養      3. 透析      4. ストーマ(人工肛門)の処置 5. 酸素療法      6. レスピレーター(人工呼吸器)      7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護      9. 経管栄養 (特別な対応) 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)      11. 褥瘡の処置 (失禁への対応) 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)				
<p style="text-align: right;">診断書作成日 年 月 日</p> <p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">医療機関 所在地 医療機関名 医師名 連絡先</p> <p style="text-align: right;">印</p>				