

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			肺結核(又は のいずれか) 喀痰 T B 菌塗抹検査(+・-) 胸部レントゲン検査 年 月 日撮影(直接・間接)		
/ mmHg			所見		
梅 毒	定性				
H B S	抗原				
H C V					
B U N U A C R E					
M R S A (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しての 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)					
診断書作成日 年 月 日 上記のとおり診断します。 医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 名 連 絡 先 印					