

医師の意見書

訪問入浴サービスの提供を受けるに際し、以下の通り判定する。

記入日 年 月 日

医療機関の所在地

電話番号

名称

医師名

印

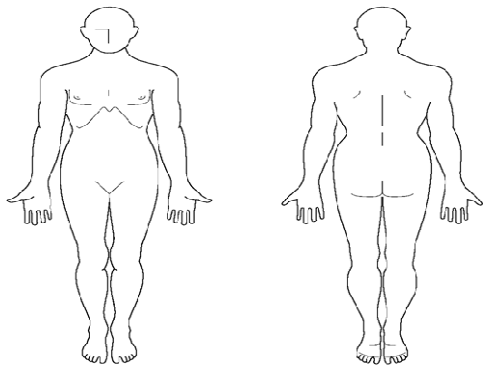
氏名	男 女	生年月日	明大昭 年 月 日(才)
住所			
現病名 (処方薬)			
既往症			
訪問入浴サービス利用	可 ・ 否		

介護職員3名による対応 (通常は看護師1名+介護員2名)	可 ・ 否
---------------------------------	-------

入浴により利用者の身体状況等に支障を生ずる恐れがないと認める場合

バイタル値 (中止基準)	体温	()°C以上・()°C以下	
	脈拍	()回/分以上・()回/分以下	
	血圧	収縮期	mm/Hg以上・ mm/Hg以下
		拡張期	mm/Hg以上・ mm/Hg以下
	その他:		

褥瘡・カテーテル・胃瘻・気管切開・IVH 有 ・ 無	その他注意事項
----------------------------	---------



感染症 (新たな検査は不要です)	HBS抗原	+	・	-	
	HCV抗体	+	・	-	
	梅毒	+	・	-	
	MRSA	+	・	-	保菌部位:
	結核	異常なし・所見あり			
	疥癬	異常なし・所見あり			
	部位:				