

(重度身体障がい者訪問入浴サービス事業関係)

# 診 断 書

住 所 豊後大野市

利用者 氏 名

生年月日 昭 和 年 月 日

上記の者を診断したところ、次のとおり入浴サービスを受けられる状態であると診断する。

1 伝染性疾患の有無 有 ・ 無

2 医療機器装着の有無 有 ・ 無  
(種 類

3 バルーン・ドレーン等装着の有無 有 ・ 無  
(種 類

4 感覚障害等の有無 有 ・ 無

5 運動障害等の有無 有 ・ 無

6 褥創の有無 有 ・ 無

7 切断部等について

8 入浴の可否 可 ・ 否

9 現在の傷病名および今後の診療見込

10 入浴上の注意事項等

平 成 年 月 日

住 所

医療機関

医 師

印