様式第２号（第６条関係）

藤崎町訪問入浴サービス利用診断書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　歳 |
| 住所 | (TEL)　　　　　　　 |
| 既往歴 | 　 | 発病年月日年　　　月　　　日年　　　月　　　日 |
| 現病歴 | 　 | 発病年月日年　　　月　　　日年　　　月　　　日 |

　現症

|  |  |
| --- | --- |
| 麻痺 | 　あり　なし　　上肢・右、左　　下肢・右、左 |
| 関節硬直 | 　あり　なし　　部位 |
| 疼痛 | 　あり　なし　　部位 |
| 足変形 | 　あり　なし |
| 老人性振頭 | 　あり　なし |
| 排尿状態 | 　正常　頻数　困難　尿閉　失禁 |
| 　蛋白　(＋)(－)(不明)　　糖　(＋)(－)(不明) |
| 精神状態 | 　1)平常　2)やや弛緩　3)かなり弛緩　4)異常(疑を含む) |
| 褥創 | 　あり　なし　大きさ　　　　数 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一般診査 | ワツセルマン反応 | 　方法　　　　　　性 |
| 結核 | 　 |
| 聴診 | 　心音(純　不純)　不整脈(　　　　) |
| 栄養状態 | 　栄養(良、中、不良)　　肥満度(特大、大、中、小) |
| HB抗原 | 　 |
| 尿定数検査 | 　蛋白(－、±、＋、 イメージ) | 脈拍 | 　 |
| 　糖　(－、±、＋、 イメージ) |
| 　ウロビリノ－ゲン　　　(－、正常、＋、 イメージ) |
| 血圧 | 最大　　　　mmHg　　最小　　　　mmHg |
| 医師の所見 | 入浴 | 可・不可 | 移送 | 可・不可 | 伝染の恐れ | 有　・　無 |
| (療養方法の指導含) |

　上記のとおり診断する。

　　　　　年　　月　　日

医療機関名

担当医師名　　　　　　　　　印