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