健　 　康　 　診　 　断　 　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| （　　　）歳 |
| 住所 |  |
| 現　在　の　症　状 |
| 病名 |  |
| 既往歴 |  |
| 現在受療状況 | 受診 | している・していない | 投薬 | 有・無 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 褥瘡 | あり・なし | 大きさ | 数 |  |
| 血圧・脈拍 | 血圧 | 最高　　　　　　　最低 | 脈拍 |  |
| 伝染性の疾患 | あり・なし（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 循環器の疾患 | あり・なし（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 胸部Ｘ線写真 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日　撮影 |
| その他 |  |
| 入浴についての指示（該当する番号を○で囲んでください。） | 　１　入浴させてもよい　２　注意しながら短時間の入浴ならよい　３　月（　　）回の入浴ならよい　４　入浴は見合わせたほうがよい　５　その他（　　　　　　　 　　　　　　　） |
| 　上記のとおり診断します。　　　　　　年　　月　　日医療機関　医 師 名　 |

（注）この診断書は、訪問入浴サービス利用申請書に添付する診断書です。