

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。