

入浴等に関する情報提供書

フリガナ 氏 名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 電話番号		
現疾患	1 (年 月) 3 (年 月) 2 (年 月) 4 (年 月)		
既往歴	1 (年 月) 3 (年 月) 2 (年 月) 4 (年 月)		
介護に際して注意すべき特記事項 (認知症の程度・精神神経症状の有無等)			
<p>感染症</p> <p>疥 癬 : (あり・なし)</p> <p>MRSA : (現在症状がなく検査不要 +・-)</p> <p>肝 炎 : HBs (+・-) HCV (+・-)</p> <p>肺 結 核 : 胸部X線 (年 月撮影) 所見 () ※過去6か月以内のデータ</p> <p>そ の 他 : (疾患名)</p>			
<p>入浴の可否 (可・否)</p> <p>入浴中止時</p> <p>体温 _____ °C以上 血圧 _____ / _____ mmHg以上 / _____ mmHg以下</p> <p>脈拍・呼吸についての中止事項</p>			
その他参考意見 (血圧・摂食・移動等)			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関 名 称 所在地 電話番号 医師氏名</p>			