様式第2号(第6条関係)

診断書(訪問入浴サービス用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 都城市 | | | | | |
| 1　傷病名及び機能障害の部位 | | | | | | | | |
| 2　感染症の有無 | | | | | | 有　　　　　　無 | | |
| ①　有の場合、検査の種類 | | | | | |  | | |
| ②　有の場合、感染能力の有無 | | | | | | 有　　　　　　無 | | |
| 3　その他の精神、身体の障害の状態(既往症等) | | | | | | | | |
| 4　対象者に下記サービスを行うことの適否 | | | | | | | | |
|  | サービス | | | 適　否 | 特に否とする場合、補足事項があれば記入してください。 | | | |
| ①　移送 | | | 適　否 |  | | | |
| ②　入浴 | | | 適　否 |  | | | |
| ③　日常動作訓練 | | | 適　否 |  | | | |
| 5　その他 | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断いたします。  　　　　　　年　　月　　日  　　　医療機関の所在地  　　　医療機関の名称  　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |