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 |