

様式第 27 号 (第 69 条関係)

訪問入浴サービス事業用主治医意見書

| | | | | | | |
|--|------|-------|---|---|-----|----|
| 対象者 | 氏名 | | | | 男・女 | |
| | 住所 | 下野市 | | | | |
| | 生年月日 | T・S・H | 年 | 月 | 日 | 年齢 |
| 病名 | | | | | | |
| <p>入浴可能範囲</p> <p>1. 体温 () 度 以下</p> <p>2. 血圧 収縮期血圧 () ~ () mmHg 拡張期血圧 () ~ () mmHg</p> <p>3. 脈拍 () 回/分 以下</p> | | | | | | |
| <p>感染症の有無</p> <p>無</p> <p>有 肝炎 (B 型・C 型)・MRSA・緑膿菌 (疥癬・帯状疱疹は、原則として完治まで不可)</p> | | | | | | |
| <p>その他入浴上の注意</p> | | | | | | |
| <p>主治医としての意見は上記のとおりです。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>連絡用電話番号</p> <p>記入医師名 印</p> | | | | | | |