診断書**（介護サービス利用時）**

訪問入浴・通所サービス・ショートスティ・施設入所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　　名** |  | **男・女** | **生年月日** | **年　　　月　　　日** |
| **住　　所** |  | | | |
| **身　　長** | **cm** | **ＭＲＳＡ** |  | |
| **体　　重** | **Kg** | **血液検査** | **ＨＢｓ抗原** | |
| **血　　圧** | **mmHg** | **ＨＢｓ抗体** | |
| **視力障害** | **無・有（　　　　　　　　　）** | **ＨＣＶ抗体** | |
| **聴力障害** | **無・有（　　　　　　　　　）** | **梅　　　毒** | |
| **運動麻痺** | **無・有（　　　　　　　　　）** | **そ　の　他** | |
| **言語障害** | **無・有（　　　　　　　　　）** | **結　　核** | **無・既往あり・治療中（　　　　　　　）** | |
| **口腔状態** | **良好・不良（　　　　　　　　　）** | **褥創及び皮膚疾患** | **無・有**  **（　　　　　　　　　　　　　　　　）** | |
| **栄養状態** | **良　好 ・ 普　通 ・ 不　良** |
| **問題行動** | **無・有（ 被害妄想 ・ 徘　徊 ・ 粗暴行為 ・ 拒　食 ・ 異　食 ・ 奇　声 ・ 傾　眠**  **その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
| **入浴の可否及び介護における注意事項**  **入浴　可・否** | | | | |
| **現在治療中の病名及び投薬内容** | | | | |
| **既往歴・現病歴** | | | | |
| **上記のとおり診断いたします**  **年　　　月　　　　日**  **医療機関名**  **住　　　所**  **担当医氏名** | | | | |