

様式第2号(第4条関係)

診 断 書

対象者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日 生 (歳)		
障 害 名				
入 浴 の 可 否 可 ・ 否 (○印で囲んでください。)				
入浴サービスを受ける際の注意事項を記入してください。(血圧、脈拍、感染症、その他で特別留意が必要な場合は、それらについての指導事項も記入してください。)				
◎血圧				
◎脈拍				
◎ワッセルマン反応				
◎MRSA検査				
◎その他感染症				
◎その他(指導事項があれば具体的に記入してください。)				
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
医療機関所在地				
医 療 機 関 名				
医 師 名				
印				