

訪問入浴介護 主治医意見書

(ふりがな)		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
現病歴及び 既往歴		
入浴の可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	
入浴可能 血 圧	上 (収縮期血圧)	mmHg～ mmHg
	下 (拡張期血圧)	mmHg～ mmHg
脈 拍	回～	回の場合入浴可
体 温	℃～	℃の場合入浴可
SPO ²	%以上の場合入浴可	
感染症	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ()	
その他 留意事項		

作成日 令和 年 月 日

医療機関名

医師名