第２号様式(第３条関係)

診　　　　　　断　　　　　　書

（身体障害者訪問入浴サービス用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 患者住所 | 四日市市 | | |
| 傷病名 |  | | |
| 現在の処方等 | 投薬内容、注射、経管栄養、導尿、酸素療法など | | |
| 福祉サービスに対する情報 | 注意・禁忌事項〔特に、入浴・食事・感染症・運動障害・全身状態など〕  血圧（　　　　／　　　　）、入浴（適・否） | | |
| 以上のとおり診断します。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関名  医療機関所在地  担当医師　氏　名　　　　　　　　印 | | | |