

第2号様式（第5条）

印西市心身障害者（児）訪問入浴サービス利用診断書

氏名		生年月日	
居住地		性別	男・女
既往症			
胸部 腹部		心臓 (心電図)	
神経系			
脊柱及び四肢			
皮膚		眼耳鼻咽喉	
血液型		血算一式	
尿検査	蛋白	糖	ウロビリノーゲン
血圧			
体格			
栄養の状況			

感 染 症	(梅毒関係) ワッセルマン氏反応 [定性・定量] (結核関係) 胸部間接撮影 (赤 痢) 細菌培養検査 (その他感染症疾患)
精 神 病 又 は 慢 性 中 毒	
健 康 状 態 概 評	
入 院 ・ 通 院 の 要 否	① 入院を (要する・要しない) ② 通院を (要する・要しない)
投 薬 中 の 処 方 せ ん	
入 浴 の 意 見	
注 意 事 項	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関の名称 医 師 ㊞</p>	