健　 　康　 　診　 　断　 　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| （　　　）歳 | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 現　在　の　症　状 | | | | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | | | | |
| 現在受療状況 | 受診 | している・していない | | | | | 投薬 | | | 有・無 |
| 麻痺 | あり・なし | | 上肢（右・左）　　下肢（右・左） | | | | | | | |
| 関節硬直 | あり・なし | | 部位  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 疼痛 | あり・なし | | 部位  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 褥瘡 | あり・なし | | 大きさ | | | 数 | | |  | |
| 血圧・脈拍 | 血圧 | 最高　　　　　　　最低 | | | 脈拍 | | | |  | |
| 伝染性の疾患 | あり・なし（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 循環器の疾患 | あり・なし（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 胸部Ｘ線写真 | 年　　　月　　　日　撮影 | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | |
| 入浴についての指示（該当する番号を○で囲んでください。） | １　入浴させてもよい  　２　注意しながら短時間の入浴ならよい  　３　月（　　）回の入浴ならよい  　４　入浴は見合わせたほうがよい  　５　その他（　　　　　　　 　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関  医 師 名 | | | | | | | | | | |

（注）この診断書は、訪問入浴サービス利用申請書に添付する診断書です。