

ねたきり心身障がい者健康状態報告書

入浴日： 年 月 日

申請者氏名			
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所			
<p>1 入浴の許可が出ましたか。                  (1) はい (2) いいえ</p> <p>2 入浴について主治医の指示を受けましたか。                  (1) 受けた (2) 受けていない</p> <p>3 入浴について指示や指導されたことを記入してください。</p> <p>4 かかりつけ医の医療機関名と主治医の氏名を記入してください。                  医療機関名                  主治医 科 医師</p> <p>5 本日の健康状態は平常と変わりないですか。                  (1) 変わりない                  (2) 変わっている ( )                  朝の体温 度 分</p> <p>6 前回の入浴後の健康状態は変わりないですか。                  (1) 変わりない                  (2) 変わりがあつた ( )</p>			

※ 主治医からの入浴の指示は、入浴日の3日前までに受けてください。