

第1号様式

訪問入浴サービス利用申請書

年 月 日

広 陵 町 長 殿

申請者 住 所 広陵町  
 氏 名 印  
 (電話 - - )  
 個人番号

次のとおり、訪問入浴サービス事業の利用について申請します。

対 象 者	氏 名			生年月日	
	住 所				
	個人番号				
	ねたきり になった	時 期		原 因	
希 望 回 数	週	回	曜 日	曜 日	
対象者の身 体的の状況					
家 庭 での 介護の状況					
入浴を希望 する理由					
誓 約 事 項	1 訪問入浴サービス事業利用時には、必ず業者の指示に従います。 2 サービス利用中、不可抗力により発生した事故について、異議申し立てをいたしません。				

※町記入欄

登 録 番 号	決 定 回 数	訪 問 曜 日

第2号様式

診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日	歳
住 所	広陵町	TEL		男・女
既往歴		発病	年 月 日	
		発病	年 月 日	
現病歴		発病	年 月 日	
		発病	年 月 日	

現 症

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		
足 変 形	あり・なし			
老人性振せん	あり・なし			
排 尿 状 態	正常	頻数	困難 尿閉 失禁	
精 神 状 態	1) 正常 2) 障害あり 症状 ( )			
褥 創	あり・なし	大きさ	数 カ所	
一 般 診 査	ワッセルマン反応	方法	陰性・陽性	
	※結 核			
	聴 診	心音 ( 純 不純 )	不整脈 ( )	
	栄 養 状 態	栄養 ( 良・中・不良 )	肥満度 ( 特大・大・中・小 )	
	H B S 抗 原	陰性・陽性		
	尿	蛋 白 ( -・±・+ )	脈 拍	
		糖 ( -・±・+ )		
	ウビリノーゲン ( -・正常・+ )			
血 圧	最大 mmHg・最小 mmHg			
医 師 の 所 見	伝 染 の お そ れ	あり・なし		
	入 浴	可・不可	移 送 可・不可	
	(療養方法の指導含む)			

※欄については、聴診・問診により疑いのある者に対し検査願います。

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

担当医師名

印