意見書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住所 | 小野町大字 | | | | | |
| 1　症状及び治療経過等 | | | | | | |
| 視力 | | 普通 ・ 弱視 ・ 全盲 | 排泄 | | 自分で可 ・ 一部可 ・ 全介助 | |
| 聴力 | | 普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 | 食事 | | 自分で可 ・ 一部可 ・ 全介助 | |
| 言葉 | | 普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由 | 入浴 | | 自分で可 ・ 一部可 ・ 全介助 | |
| 歩行 | | 自分で可 ・ 一部可 ・ 全介助 | 着脱衣 | | 自分で可 ・ 一部可 ・ 全介助 | |
| 臥床状況 | | 普通 ・ 床に臥しがち ・ 寝たきり | | | | |
| 2　感染症の有無　　　無  　　　　　　　　　　 有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 3　褥瘡の有無　　　　無  　　　　　　　　　　 有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 4　訪問入浴についての指導事項 | | | | | | |
| 5　訪問入浴の可否  　　　　　　　　　　　　　　可・否 | | | | | | |
| 訪問入浴について、上記のとおり意見する。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　・医療機関所在地  　　　　・医療機関名称  　　　　・診療担当科名  　　　　・担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |