様式第2号

診　　断　　書

住所

氏名

生年月日　　　　　年　　月　　日

1　既往症及び現症

　　入院治療の必要の有無

　　有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　・　無

2　感染症の有無

　　有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　・　無

3　入浴

　　入浴サービスを受けても支障がないか。

　　　　　　　　　　　　　支障有り　　　・　　　支障無し

4　入浴実施時の指示について

　　　　　血　圧

　　　　　体　温

　　　　　処　置

　　　　　その他

　上記のとおり診断する。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印