

## 訪問入浴許可証明書

氏名	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成      年    月    日    (      歳)
住所	
診断名	
訪問入浴サービスの利用	可 ・ 否

訪問入浴サービスの利用が可能な場合、以下の項目に対しご記入願います。

介護職員3名による対応 (通常は看護師1名+介護員2名)	可 (利用者の身体状況等が安定していると認める場合) 否												
平均バイタル値	Bp      /      mmHg    P      回/分    KT      °C    SaT      %												
入浴可能なバイタル値	h												
	脈拍                      回/分												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">血压</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">最高血压</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">上限</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">mmHg</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">下限</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">mmHg</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">最低血压</td> <td style="text-align: center;">上限</td> <td style="text-align: center;">mmHg</td> <td style="text-align: center;">下限</td> <td style="text-align: center;">mmHg</td> </tr> </table>	血压	最高血压	上限	mmHg	下限	mmHg		最低血压	上限	mmHg	下限	mmHg
	血压	最高血压	上限	mmHg	下限	mmHg							
	最低血压	上限	mmHg	下限	mmHg								
感染症の有無 (未実施…未)	無 ・ 緑膿菌 - + (      ) 未 ・ MRSA - + (      ) 未 ・ 疥癬 + - HBS抗原 - + 未 ・ HCV抗体 - + 未 ・ 梅毒 - + 未												
医療処置	無 ・ 褥瘡 部位(      ) ・ 胃ろう ・ 経鼻チューブ 尿留置カテーテル ・ ストーマ ・ HOT ・ 気切 ・ その他												
入浴時の注意事項													
平成      年      月      日													
所在地													
名称・電話番号													
医師名	_____ 印												

居宅介護支援事業者名	
訪問入浴事業者名	
事業管理者	印      担当者      印