

入浴許可・意見書

利用者氏名： _____ (男 ・ 女)

生年月日： (明 ・ 大 ・ 昭) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

① デイサービスでの入浴許可： する ・ しない

② 入浴可能な血圧・体温の範囲数値

・ 血圧が、収縮期圧 _____ mmHg 拡張期圧 _____ mmHg

・ 体温が、 _____ °C ~ _____ °C

・ 脈拍が、 _____ 回/分以上 ~ _____ 回/分以下

上記の範囲内であれば、入浴を許可します。

※上記、範囲外の場合は入浴の中止を要請します

③ 上記範囲外でもシャワー浴なら許可 する ・ しない

留意事項

④ 伝染性疾患：

疾患名	有無	伝染の可能性の有無
1、結核性疾患	なし ・ あり	なし ・ あり
2、肝炎	なし ・ あり	なし ・ あり
3、皮膚疾患	なし ・ あり	なし ・ あり
4、梅毒	なし ・ あり	なし ・ あり
5、その他 (_____)	なし ・ あり	なし ・ あり

⑤ 上記疾患での注意事項、また入浴時の注意事項

⑥ 医療機関名： _____ 医師名： _____ 印

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所： _____

TEL: _____ FAX: _____