

別記  
第1号様式（第5条関係）

診 断 書

氏 名		男・女	年 月 日生（ 歳）	
住 所				
尿	蛋白 - 土 +	糖 - 土 +		
血压				
眼	視力 左（ ）眼疾 右（ ）トラコーマ 無 有			
循環器		胸部X線所見（間・直） 年 月 日撮影		
呼吸器				
皮膚				
認知症				無 ・ 有
梅毒検査				陰性 ・ 陽性
HB S抗原	陰性 ・ 陽性			
検便	虫卵 無 ・ 有	赤痢菌	無 ・ 有	
※陽性の場合定量及び治療効果等の所見検査結果表の添付をお願いします。				
入浴の可否				
施設への移送の可否				
その他所見				

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

担当医師名

印

	障害の程度	種 級	部位	
身体 の 状 況	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 喪失
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 障害あり	<input type="checkbox"/> 喪失
	特記事項			
精 神 の 状 態	記 憶	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大変悪い
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大変悪い
	問題行動 (具体的に)			
日 常 生 活 動 作 の 状 況	歩 行	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける	<input type="checkbox"/> 器具又は介助によりできる	<input type="checkbox"/> 歩行不可能
	排 泄 <small>せつ</small>	<input type="checkbox"/> 自分で便所に行ける	<input type="checkbox"/> 夜間おむつを使用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用	<input type="checkbox"/> 常時おむつ使用
	食 事	<input type="checkbox"/> スプーン等を使用すれば自分で食事ができる	<input type="checkbox"/> スプーン等を使用し、一部介助すれば食事ができる	<input type="checkbox"/> すべて介助しなければならない
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自分で入浴でき、洗える	<input type="checkbox"/> 洗う時や浴槽の出入りに介助を要する	<input type="checkbox"/> すべて介助しなければならない
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自分で着脱できる	<input type="checkbox"/> 手を貸せば着脱できる	<input type="checkbox"/> すべて介助しなければならない
介護上の留意点				

第2号様式（第5条関係）

## 誓約書

年 月 日

（宛先）奈良市長

（申請者）住所

氏 名 印

この度申請をいたしました次の者の訪問入浴サービスの利用に関し、不可抗力により発生しました事故については、異議申立てをいたしません。

対象者氏名 印