

様式第1号(第4条第1項関係)

訪問入浴サービス利用登録申請書

年 月 日

常陸太田市福祉事務所長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話

訪問入浴サービスの利用を希望しますので、常陸太田市訪問入浴サービス実施要項第4条第1項の規定に基づき下記のとおり申請します。

記

	氏名	続柄	性別	生年月日	住居略図
家族の状況					

※ 生活状況票及び入浴等に関する医師の意見書を添付してください。

様式第2号(第4条第1項関係)

生活状況票

※該当する番号を○で囲んで下さい。

対象者	住所						
	氏名		月 日	生 年	・ ・	歳	性別
日常生活の状況	1	手	1 おおむね自由      2 少し自由      3 全く不自由 4 普通				
	2	視力	1 おおむね見える      2 少し見える      3 全く見えない 4 普通				
	3	聴力	1 おおむね聞こえる      2 少し聞こえる 3 全く聞こえない      4 普通				
	4	言語	1 おおむね話せる      2 少し話せる 3 全く話せない      4 普通				
	5	歩行	1 つえ等を使用し時間がかかっても自分で歩ける 2 介護者が手や肩を貸せば歩ける 3 ねたきりで歩行不可能 4 普通				
	6	排泄	1 自分でできる 2 介助があれば簡易便器でできる 3 常時オムツを使用している				
	7	食事	1 スプーン等を使用すれば自分で食事ができる 2 スプーン等を使用し一部介助をすれば食事ができる 3 寝たまま食べさせなければ食事ができない 4 普通				
	8	入浴	1 自分で入浴でき洗える 2 洗うとき、又は浴槽の出入りに介助を要する 3 全て介助しなければできない				
	9	着脱衣	1 自分で着脱できる 2 手を貸せば着脱できる 3 全て介助しなければできない				

様式第3号(第4条第1項関係)

入浴等に関する医師の意見書(訪問入浴サービス用)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_(男・女) 年 月 日生( 歳)

1 既往歴 \_\_\_\_\_

2 治療中の疾病 \_\_\_\_\_

3 血圧 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍 \_\_\_\_\_

4 感染性疾患の検査

(1) 血液検査 ア TPHA + - (感染の可能性 有・無)

イ HBs抗原 + - (感染の可能性 有・無)

ウ MRSA

(2) 感染性皮膚疾患の有無

(有 病名 \_\_\_\_\_ 無)

(3) (1)及び(2)以外の感染性疾患の有無

(有 病名 \_\_\_\_\_ 無)

5 入浴することの可否 (可・否)

6 入浴可の場合、注意事項があれば次に記入してください。


上記のとおりである。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師氏名

印