

意見書

対象者	住所					
	氏名			性別	男・女	
	生年月日	年	月	日	年齢 歳	
サービスの利用の可・否		施設短期（可・否） 入所 ※	施設での（可・否） 介助入浴 ※	居宅での（可・否） 介助入浴 ※		
上記サービス利用に際しての指導事項						
○ 平熱の高い方の上限がありましたら御記入ください。						
診断事項	血液検査	(肝炎)	H B s 抗原	陽性・陰性	感染の有無	有・無
			H B s 抗体	陽性・陰性		
			H C V抗体（第三世代）	陽性・陰性		
	肝炎の血液検査については、本人及び家庭内に肝臓疾患の方がいる場合・過去に輸血の経歴のある方・過去に肝炎の検査をしている方（そのときの検査結果で可）のいずれかに該当する方のみで結構です。					
	(梅毒)	沈降反応検査（定性）	陽性・陰性	感染の有無	有・無	
		補体結合反応検査（定性）	陽性・陰性	感染の有無	有・無	
項	MRSA	陽性・陰性	感染の有無	有・無	MRSAは、咳や痰が続く方・熱が続く方・褥瘡がある方のいずれかに該当する方のみで結構です。	
	X線所見	異常なし	(特記事項)			
		異常あり				
その他感染症の有無		有・無	病名			
既往症			(処方内容)			
現在の病名						
経過及び治療の概要						
上記のとおり意見します。						年 月 日
医療機関所在地 医療機関名 医師名						

(注) 様式中の※印の箇所は、健康状態からみて、入院の必要もなく、サービス利用については支障がないときは「可」に、健康状態からみて、サービス利用については支障があるときは「否」に○を付けてください。