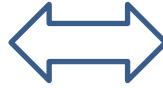


# 主治医・ケアマネジャー連絡票 (入浴用)

(依頼日 平成 〇〇年 〇〇月〇〇)

医療機関名	★★★ 病院
連絡先	***-***-****
主治医名	〇〇 〇〇 先生



事業所	★★★事業所
連絡先	***-***-****
ケアマネジャー	戸塚 花子

いつもお世話になっております。貴院にかかりつけの下記の方を担当させていただいております。このたび（デイサービス・**デイケア**・訪問入浴）で、入浴の利用を検討しておりますのでつきましては主治医からのご意見を頂きたく、よろしくお願い申し上げます。なお、このたびの連絡につきましては、患者様及びご家族様より承諾を頂いております。

フリガナ		性別	男・ <b>女</b>	生年月日	M・T <b>S</b> 〇〇年〇〇月〇〇日
氏名	★★ ★★★				

1. 現在の状況

自宅にて高齢の夫と住居。高血圧の既往があり、服薬にて管理をしています。  
 日によって血圧の状態に変動がありますが、本人は自覚症状がありません。

2. 今後のご希望

下肢筋力の低下に伴い、運動・リハビリを目的にしてデイケアを利用したいと考えています。  
 また、自宅にて入浴をすることが困難な背景よりデイケアにて入浴をすることを希望しております。

3. 担当者会議の意見

血圧が高い時があるために、状態によって運動・もしくは入浴を控える必要性があるか？  
 もしくは、中止をした方が良く判断するための目安等を指示して頂きたいと思っております。

ご返答	<input type="checkbox"/> 許可する。 <input type="checkbox"/> 条件付きで許可する。 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 不可 コメント _____ _____ _____

上記について主治医に確認いたしました。

平成 年 月 日  
 確認者 (職種) (氏名)