第２号様式（第４条関係）

障害状況等届

利用者	氏　　名				
	住　　所			電話番号	
主治医	入浴許可年月日		主治医名		
	病院・医院名				
	所　在　地				
	電話番号				
立ち合うことのできる家族等	氏　　名			続　柄	
	住　　所			電話番号	
日常生活の状況	１．日中は在宅　　２．日中は通所・通学している ３．その他（　　）				
	既往症（高血圧、脳血管疾患など）				
	現在のようになったのは　　年　　月頃から (原因)				
医療的ケア等の状況	てんかん等の発作（　　）・ 石鹸等へのアレルギー（　　）・ 褥瘡（場所　　）・気管切開・経管栄養・ストマ・透析・ 酸素療法・カテーテル・その他（　　）				
介護の状況	１．介護を受けている （介護者）　　続柄： （ヘルパー）身体介護：　　時間／月　（訪問看護）：　　時間／月 ２．介護を受けていない				
伝染症疾患の有無・症状	無　・　有（　　） 有の場合は、医師による入浴サービス可否意見書を添付				
自宅付近の略図					