

# 富岡市介護予防・日常生活支援総合事業主治医確認書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正 年 月 日生 ( 歳)  
昭和

病 名	症状の安定性
1 _____	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ( )
2 _____	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ( )
3 _____	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ( )

## 留意事項

1 血圧について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
2 運動について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
3 摂食・嚥下について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
4 入浴について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ( )
5 その他特記事項	

年 月 日

住 所  
医療機関名  
医 師 名