

意見書
(訪問入浴サービス用)

氏 名		生年月日	年 月 日生	男・女
住 所				
血 圧				
感染症の有無	無 ・ 有 ()			
褥瘡の有無	無 ・ 有 ()			
症状及び治療経過等				
その他注意事項				
訪問入浴について可能な程度に病状が安定しており、サービスが利用可能か否か			可 ・ 否	
年 月 日				
医療機関名				
医療機関所在地				
担当医師名				