

訪問入浴サービスに関する意見書

氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	美馬市		
病名（症状）			
現在の 処方等	投薬内容、注射、経管栄養、導尿、酸素療法など		
サービスに 関する情報	注意・禁忌事項（特に入浴・食事・感染症・運動障害・全身障害など）		
入浴の可否	可 ・ 否		
<p>上記のとおりです。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 医療機関所在地 担当医師名</p>			