

様式第 10 号 (第 22 条関係)

地域生活支援事業 (訪問入浴サービス) に関する医師意見書

住所

氏名

生年月日                      年                      月                      日生 (                      歳)

1 傷病名

2 入浴の可否 (○印でかこむ)

可                      ・                      否

3 入浴についての指導事項

・ 血圧

・ 脈拍

・ その他 (特記事項があれば記入して下さい。)

上記のとおりです。

年                      月                      日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印