

茂原市障害者訪問入浴サービス事業利用意見書

住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日生

1 病名(症状)

感染症疾患の有無 有・無  
じょくそうの有無 有・無  
失禁の有無 有・無

2 入浴についての意見及び注意事項

(現時点における血圧、体温、脈拍、呼吸、心臓その他一般状態等に注意のこと。)

上記のとおり意見ですが、当日の健康状態を看護師等によく観察させた上家族と協議して了解のもとに実施して下さい。

年 月 日

医師住所  
氏 名

印