入浴についての意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 疾病名 | 　 |
| 入浴の可否 | 居宅入浴介護を受けることには　　支障(　ない　・　ある　) |
| 入浴回数 | 月(　　　　回) |
| 入浴についての指導事項 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　上記のとおり診断します。　年　　月　　日　　所在地　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　℡　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　印 |