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 | |