

訪問入浴サービス利用意見書

住 所	
氏 名	
生年月日	
1. 傷病名	① ② ③ ④
2. 感染性疾患の有無	有 ・ 無 有の場合、具体的(皮膚病、性病、血清肝炎、MRSA、その他)に記入してください。
3. 褥瘡の有無	有 ・ 無 (程度・部位)
4. 血圧	
5. 脈拍	
6. 入浴に対する意見(該当番号を○で囲む)	1 入浴を許可する。(許可の条件があれば記入) 2 入浴を許可しない。
記入日 平成 年 月 日	
以上のとおりです。	
病 院 名	
医 師 名	印

※ 病院・医師の指定はありません。町内・町外も問いません。

