様式第２号(第６条関係)

那珂市訪問入浴サービス利用に関する医師の意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 住　 　　所 |  | | | | | | | |
| 主である障害  疾病等 |  | | | | | | | |
| 感染症の有無 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無  有の場合は、具体的に記入してください。 | | | | | | | |
| 血圧・脈拍  ・体温 | 平常  血圧 | ／ 　 　mmHg | | 平常  脈拍数 | bmp | | 平常  体温 | ℃ |
| 入浴の可否 | 可　　・　　否 | | | | | | | |
| 入浴についての留意事項 |  | | | | | | | |
| 意見は上記のとおりである。  年　　月　　日  所　在　地  医療機関名  医師氏名  （医師氏名欄には、「自署による氏名」又は印字やスタンプであれば「押印」を行うこと。） | | | | | | | | |