

入浴サービス可否意見書

氏 名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日	歳
住 所	電話番号 ()	
病 名		
入浴の可否	可	否
* 入浴する際の注意事項があればご記入ください。		
血 圧 <small>特に血圧の上限・下限に制約のある場合はご記入ください</small>	通常血圧値 _____	
感 染 症 <small>特に肝炎・MRSA・緑膿菌・疥癬等がある場合</small>		
褥 瘡		
<small>胃瘻・膀胱瘻・カニューレ・カテーテル等の有無</small>		
そ の 他		
年 月 日		
所在地:		
名 称:		
電話番号:		
医 師 名: ㊞		