

意見書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

1. 傷病名

2. 入浴の可否（○印で囲む）

可 ・ 否

3. 入浴についての指導事項

・血 圧

・脈 拍

・その他（特記事項があれば記入してください。）

上記のとおりです。

年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医師名