

別記様式第2号(第5条関係)

訪 問 入 浴 サ ー ビ ス 意 見 書

対 象 者	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	住 所			
1 傷病名及び機能障害の部位				
2 感 染 症 疾 患 の 有 無		有 無		
3 対象者に対して訪問入浴サービスを行うことの適否		適 否		
4 補足事項(特に感染症がある場合と否とする場合に補足事項があれば記入してください。)				
5 その他				
上記のとおり診断いたします。 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医 師 氏 名				

※この意見書は、訪問入浴サービスの実施に当たり注意事項を意見として求めるものです。