

年 月 日

いなべ市身体障害者訪問入浴サービス事業医師意見書

医療機関名

医師氏名

⑩

住所	いなべ市				
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
傷病名					
	感染症疾患の有無	有 ・ 無			
身体的障害の状況等					
日常生活動作	移動	自立・一部介助・全面介助・その他 ()			
	食事	自立・一部介助・全面介助・その他 ()			
	排泄	自立・一部介助・全面介助・その他 ()			
	入浴	自立・一部介助・全面介助・その他 ()			
	着替	自立・一部介助・全面介助・その他 ()			
既往症					
訪問診療	有 無				
訪問看護	有 無				
血圧	(/)	体温	(度)	脈拍	()
入浴の可否	可 ・ 否				
	【入浴についての注意事項】				