医師意見書

年　　月　　日

　　　会津美里町長

住　所

医療機関　名　称

主治医　　　　　　　　印

　　下記の者は、訪問入浴サービスの実施が適切と思われます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 会津美里町　　　　字 | | | |
| 診断名  （合併症も含み詳しく） |  | | | |
| 現在の治療状況 | 有　・　無 | 服薬　　その他（　　　　　　　） | | |
| 留意事項 | 疾病に対して |  | | |
| 訪問入浴サービスに対して |  | | |
| 訪問入浴サービス 指示事項 |  | | | |