

様式第3号（第6項関係）

主治医による入浴に関する意見書

フリガナ 対象者氏名		生年月日	年 月 日			
住 所	青梅市					
主たる障害 疾病等						
感染性 疾患の有無	1 結 核	有(感染症： 有 ・ 無)			無	
	2 肝 炎	有(種類：)			無	未実施
	3 M R S A	有(種類：)			無	未実施
	4 そ の 他	有 上記以外の感染性疾患がある場合は御記入ください ()				
血圧・脈拍・熱	血圧	/	mmHg	脈拍	回 / 分	平熱 度
訪問入浴 サービスの 可・否	可 ・ 否					
入浴について 特に留意する 事項等						
禁忌事項						
年 月 日						
所在地 電話番号 医療機関名 主治医氏名						
印						

主治医各位

この意見書は、青梅市重度心身障害者（児）訪問入浴サービス事業の利用に当たり、利用者の障害・疾病等の状況、感染性疾患の有無、サービス利用上の留意点等を主治医から確認し、より良いサービスの提供に役立てることを目的として御提供いただいております。

なお、この意見書の内容については、担当者から問い合わせることもありますので、御協力をお願いいたします。

青 梅 市