

長井市訪問入浴サービス事業利用意見書

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日 生（ 歳）

入浴についての意見

・ 血 圧 最高血圧 mmHg
 最低血圧 mmHg

・ 脈 拍 回～ 回／分

・ 体 温 °C まで許可

・ その他（特記事項があれば記入してください。）

上記の者につき、以上のとおりを許容範囲として入浴行為を可能と認める。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

様式第 2 5 号 (第 8 0 条関係)