

様式第2号

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