

入 浴 意 見 書

住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日 生 (_____ 歳)

1 傷病名

2 入浴の可否(○で囲んでください。)

可 ・ 否

3 入浴についての指導事項

血 圧 _____
脈 拍 _____
その他(特記事項があれば記入願います。)

年 月 日

医療機関所在地 _____
医 療 機 関 名 _____
医 師 名 _____