

市川市訪問入浴サービスに係る診断書

住 所

氏 名

生年月日

(1) 傷 病 名

(2) 血 圧 mmHg

(3) 脈 拍 整 ・ 不整

(4) じょくそう 有 ・ 無

(5) 入浴の可否 可 ・ 否

(6) 訪問入浴サービスに関する情報（注意・禁忌事項、特に入浴・食事・感染症・全身状態等）

以上のとおり診断する。

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

担当医師氏名

印