

主治医意見書

通所介護（デイサービス）入浴サービス			
利用者	住所	区 丁目 番	号
	氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日生
上記の者がサービス事業を利用するにあたって、病状に特段の変化がない限り、次のとおり指示します			
1、現在の身体・精神状況			
①所見（受領疾患についても）			
②正常血圧	/ mmHg		
③主な既往歴			
④服薬状況			
⑤その他注意すべきこと（感染症の有・無など）			
2、利用の可否（記入が無い場合、入浴は出来ません）			
①通所介護(デイサービス)	利用	可・否	
②入浴サービス	入浴	可・否	
		体温 ℃・血圧 / mmHg の場合は中止	
3、その他の特記事項			
平成 年 月 日			
医療機関名			
医 師 名			

※この意見書の提出が無い場合は、各種サービスの提供をお断りする場合がございますので、予めご了承ください。