様式第2号(第5条関係)

訪問入浴サービス利用診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 藤岡市 | | |
| 既往症及び現症 |  | | |
| 感染症の有無  (有の場合は具体的に記入して下さい。) | 有  　無 | | |
| サービス利用の可否 | 可　・　否 | | |
| サービス利用時の指示 |  | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　年　　月　　日  医療機関名  住所  電話番号  医師名 | | | |