

## 医師意見書

申請者	(ふりがな)	男 女	<住所>		
			横浜市	区	
	生年月日 (昭和・平成・西暦) 年 月 日 ( 歳)	<連絡先>	-	-	-

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

傷病名	
入浴の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ⇒ 否とした理由( )のため

(入浴が「可」の方について以下もご記入ください。)

身体状況	気管切開や胃ろうなど特別な対応を要するものがあればご記入ください。 ( ) <input type="checkbox"/> 特別な医療なし
感染症の有無	肝炎(B型・C型)等がある場合、具体的にご記入ください。 ( ) <input type="checkbox"/> 無
褥瘡等の有無	褥瘡等がある場合、部位や留意点をご記入ください。 ( ) <input type="checkbox"/> 無
応急処置の参考とするため、現在治療中であれば薬品名等をご記入ください。	
入浴にあたり特に注意事項があればご記入ください。	

記入日 年 月 日

所在地

医療機関名

電話番号

医師氏名

印