様式第2号（第5条関係）

入浴に関する意見書

　　　　　住　　所

　　　　　氏　　名

　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

　１　障害名（症状）

　２　入浴の可否（○印で囲む）　【　　可　・　否　　】

　　　※介護職員のみ（看護師同席無し）での入浴の可否　【　　可　・　否　　】

　３　入浴についての注意事項（血圧・体温等入浴時に注意すべき点をご記入ください）

　上記のとおり意見します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名