

様式第3号（第4条関係）

和泉市重度身体障がい者訪問入浴サービスに係る診断書

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
傷病名			
現在の処方等	投薬内容、注射、経管栄養、導尿、酸素療法など		
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・運動障がい・全身状態など〕		
	血圧（ / ）、入浴（適・否）		
以上のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 所在地 担当医師氏名			

自署しない場合は、記名押印をしてください。