様式第2号（第9条関係）

丸亀市身体障害者訪問入浴サービス事業に関する主治医意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 男・女 |  | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住所 |  | | | |
| 病名及び発病年月日 | |  | | | |
| 発病以来の  症状と経過 | |  | | | |
| 現症状 | |  | | | |
| 伝染性疾患の有・無 | | 有　・　無　（Ｂ型肝炎・梅毒・疥癬・ＭＲＳＡ等） | | | |
| 入浴の可・否 | | 可　・　否　（いずれかに○印） | | | |
| 入浴時の  注意事項 | |  | | | |

　　上記のとおり、意見を付します。

　　　　　　　　年　　月　　日

住所

医療機関名

医師名