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