

日高市在宅重度身体障害者入浴サービス意見書

住 所	日高市
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
既往症及び 現在の傷病名	
感染性疾患	有・無（病名 ）
血 圧	/

上記のものについては、入浴に支障がないと認めます。

年 月 日

（あて先）日高市長

医療機関名

医 師 氏 名

印