

寒川町訪問入浴サービス事業健康診断書

利用者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	居住地及び連絡先	電話番号		
<p>上記の利用者に関する意見は以下の通りです。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>寒川町長</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p>				
感染症	感染の有無	<input type="checkbox"/> ある(疾患名) <input type="checkbox"/> ない		
	主な感染経路: その他注意すべき点等			
現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> ある(疾患名) <input type="checkbox"/> ない			
入浴の可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
特記事項				

備考 「特記事項」の欄は、入浴を可能とした場合で注意すべき点があるときに記入してください。