

診 断 書

(春日市身体障害者等訪問入浴サービス費支給事業用)

住 所

氏 名 ( 男 ・ 女 )

生年月日 年 月 日

1 病 名

2 血圧及び体温

3 入浴の可否 ( 可 ・ 否 )

否の場合はその理由

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印