

診 断 書

住 所 山陽小野田市

氏 名

生年月日 明・大・昭 年 月 日

1 病状（症状）

2 血圧

3 伝染性疾患

4 入浴の適否 適 ・ 否

5 入浴についての注意事項

上記のとおり診断する

年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名

同意書

今般、山陽小野田市が の施設を利用
して行う入浴サービス事業実施について、移送中または入浴中、万一
不慮の事故が発生しても、私方において一切の責を負うことを同意い
たします。

年 月 日

山陽小野田市長 宛

施設長 様

対象者氏名

家族氏名