**短期入所生活介護（ショートステイ・入浴）に関する医師の意見書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 様 | 女男 | 明治  大正・昭和 | 年　　月　　日生 | | 歳 |
| 住所 | 港区 | | | 電話 | （　　　　　　） | |

上記の者について、病状に特段の変化がない限り（ショートステイ・入浴）に関し、

次のとおり指示します。

1. 車での送迎の可否　　　　　　　可　　　　 　　　否
2. 伝染性疾患の有無　　　　　 　無　　　　　 　　有
3. 入浴の可否　　　　　 　　　　 可　　　　　　 　否

＊具体的な指示事項

**【緊急時の連絡系統にチェックをお願いします】**

往診医に連絡後救急搬送　　　　　　　　　往診医に連絡せずに救急搬送

令和 　　年　 　月　　 日

医療機関名又は医師名

所　在　地

名　　　称

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電　　　話　　　　　　　（　　　　　　　）

担　当　医　　様

短期入所生活介護（ショートステイ・入浴）利用のための

意見書です。

裏面の３項目について、可否等の指示をお願いします。

また、その他ご意見がありましたら指示事項欄にご記入いただき、ご家族にお渡しいただきますようよろしくお願いします。

問い合わせ

東京都港区南麻布　5-1-20

特別養護老人ホーム麻布慶福苑

電話（３４４６）５５０１