

FAX 047-337-6800

特別養護老人ホーム 清山荘 訪問入浴サービス  
お客様FAX依頼書 訪問入浴係 宛

申込日 年 月 日

介護支援専門員	事業所名		
	TEL / FAX	TEL	FAX
	担当ケアマネージャー		

ご利用者様	フリガナ									
	氏名									
	性別	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	(満 歳)		
	住所									
	TEL									
	要介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
	その他留意点 ※安全に提供するために情報提供にご協力ください。	既往歴・現病歴								
		看取り	有 ・ 無							
		感染症の有無	無 ・ 有 感染症名 ( )							
	継続的に実施されている医療処置	胃瘻	褥瘡	在宅酸素	膀胱カテーテル					
		その他 ( )								
	入浴可否バイタル	体温	血圧							
		脈拍	Spo2							
	希望曜日・時間	特になし/ 月・火・水・木・金・土 午前・午後								
利用回数	週 回 又は 月 回									
サービス開始希望日時	月 日 ( )									
利用者住宅状況	一戸建て・マンション等の( 階) / 駐車スペース 有 ・ 無									

電話でのご依頼も承っております。 TEL 080-1184-7008 担当 月岡