

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

(ケアマネージャー) 介護支援専門員	事業所名	
	所在地	
	TEL	
	FAX	
	ご担当の 介護支援専門員 氏名	

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 ※ 数字に○をご記入下さい	要支援	1 2	要介護 1 2 3 4 5
	その他留意点 簡単にご記入ください ※ 安全なサービスのご提供の為に ご記入下さい。	既往歴・現病歴		
		感染症の有無	有・無	
		感染症名		
	継続的に実施されている 医療処置	例:胃ろう・褥瘡など		
	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 047-337-1231 担当 木村