

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			
	所在地			
	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	T・S・H	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 簡単にご記入ください ※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				
		感染症の有無	有・無	体重測定希望	有・無	
		継続的に実施されている医療処置				
	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。

電話:047-337-1231 直通:080-1184-7008 担当 太田