

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	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 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	褥瘡の有無	有・無
		継続的に実施されている医療処置	例:胃ろう・膀胱カテーテル・ストマーなど		
	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 田崎