

訪問入浴介護利用申込書

(株)青森入浴ケアサービス 宛
 FAX 017-721-1011
 TEL 017-721-1010
 事業所番号 0270101017

申込日 令和 年 月 日

下記の通り、訪問入浴を申込みします。

ご依頼者情報	名称	TEL ()
	ご担当者氏名	FAX ()
		事業所番号 ()

●利用者様情報

利用される方	フリガナ	性別	男 ・ 女			
	氏名 様	生年月日	明・大・昭 年 月 日			
		年齢	歳	体重	kg	
住所 〒 -	TEL ()					
連絡先（緊急時）						
氏名 (続柄)		TEL ()				
被保険者番号			生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
要介護区分	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 申請中		利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> その他		
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		有効認定期間	H・R 年 月 日 ~ R 年 月 日		
主治医	医療機関名		TEL ()			
			医師名			

●サービス提供日

利用回数	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 ()回			駐車スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
曜日	月	火	水	木	金	土
時間	AM	AM	AM	AM	AM	AM
	PM	PM	PM	PM	PM	PM

●入浴判定基準

平熱	℃	平均血圧	収縮期 ~ mmHg	拡張期 ~ mmHg
感染症の有無	有【MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 疥癬 ・ その他 ()】 ・ 無			

※「介護保険被保険者証の写し」「状況のわかるもの（フェイスシート等）」も添付下さい。

●諸情報

訪問入浴利用の経緯など
