

桜町訪問入浴利用申込書

[担当事業者様情報]

返信日 年 月 日

支援事業所名		担当ケアマネージャー名	
電話番号		FAX番号	

[利用者様情報]

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者名		年齢	歳
		性別	男性 女性
住所			
電話番号		FAX番号	
家族構成			
緊急連絡先	氏名	住所	
		電話番号	
保険者番号		被保健者番号	
要介護度	要支援・要介護()	認定有効期間	
利用者様のADL状況	食事	移動・立位	更衣
	排泄	コミュニケーション	現在までの入浴方法
その他身体状況 (家族状況等)			
病名・既往歴			
医療機関・主治医名 住所 電話番号			
感染症の有無 (分かる範囲で結構です)			
医療機器等使用の有無	無・有 (胃婁・経鼻胃チューブ・IVHライン・尿留置カテーテル 気管カニューレ・在宅酸素・その他{ })		
介護サービス利用状況			
希望開始日	年 月 日頃～	希望利用回数	週・月 回
入浴希望曜日・時間	曜日 時 分頃～		
その他 特記事項			

桜町高齢者在宅サービスセンター内

桜町訪問入浴ステーション 担当 鈴木

〒184-0005 小金井市桜町1-9-5

TEL 042-381-0006 FAX 042-387-2324

事業所番号 1374100129