



TEL : 06-6732-9831  
 FAX : 06-6732-9837

居宅名	
ご担当者名	
T E L	
F A X	

## 利用依頼書

ふりがな				女 / 男	大正 昭和	年 月 日 生 歳	
お名前							
ご住所	〒  TEL						
要介護区分	事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5・申請中						
ご家族 (キーパーソン)	氏名	本人との関係	ご連絡先		同居の有無		
					有・無		
かかりつけ医	病院	科		医師			
感染症	無・有 ( )						
ご希望曜日	月・火・水・木・金・土			AM・PM			
移動手段	車いす・杖・歩行器・独歩			意思疎通	可・不可		
現病名							
既往歴							
ご利用目的 ご希望等							
血圧の入浴 基準	収縮期血圧	mmHg～	mmHg				
	拡張期血圧	mmHg～	mmHg				
							※お判りになればご記入ください。
連絡先 ※送迎連絡等	ご本人へ連絡・ご家族へ連絡						

※基本情報や診療情報等あれば添付ください。