



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。