|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TEL：06-6732-9831  FAX：06-6732-9837 | ご依頼日　令和　　　年　　　月　　　日   |  |  | | --- | --- | | 居宅名 |  | | ご担当者名 |  | | TEL |  | | FAX |  | |

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 | | | 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。