

訪問入浴申込書

平成 年 月 日

フリガナ										
利用者名	様									
	介護度	要支	1	2	3	4	5			
被保険者番号										
保険者番号										
認定有効期間	年		月	日	～	年		月	日	迄
住所								TEL		
生年月日	M	・	T	・	S	年	月	日	性別	男・女

事業所名										
事業所番号									介護支援専門員	様
TEL								FAX		

入浴の希望回数	月		回	・	週	回
入浴の不都合日	不都合日なし		曜日	AM	・	PM ()

入浴に対するの注意事項 ・ ご要望などございましたらご記載下さい
 ※血圧、体温に関しては必ず主治医への確認をお願い致します。
 ※感染症に関しては極力記入をお願い致します

感染症	： HBS抗原 (- ・ +)	HCV抗体 (- ・ +)	MRSA (- ・ +)
皮膚疾患	有 ・ 無	(有りの場合、疥癬の可能性 有 ・ 無)	
褥瘡	有 ・ 無	有りの場合、部位：()	
胃瘻	有 ・ 無	経鼻胃チューブ 有 ・ 無	膀胱カテーテル 有 ・ 無
気管切開	有 ・ 無	その他医療措置 ()	
入浴時のバイタル許可範囲			
血圧	： 上限 最高血圧 (mmHg)	最低血圧 (mmHg)	脈 拍 : 上限 (/min)
血圧	： 下限 最高血圧 (mmHg)	最低血圧 (mmHg)	脈 拍 : 下限 (/min)
体温	： 上限 (°C)	必要であれば サチュレーション : 下限 (%) ・ 必要なし	

担当営業所に○を付けて下さい

会社名	株式会社 エミール介護センター			
事業所名(番号)	花園 (1174500452)	行田 (1173700061)	川越 (1170400541)	加須 (1173800598)
電話	048-584-6161	048-554-4338	049-249-0620	0480-76-3311
FAX	048-584-5116	048-554-4490	049-248-6688	0480-76-3388