

# 訪問入浴申込書

平成 年 月 日

フリガナ											
利用者名	様										
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 ( )								

入浴に対しての注意事項・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( )											
<b>入浴時のバイタル許可範囲</b> 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