

高井戸の湯 利用申込書

申込日 年 月 日

氏名			男女	生年月日			
				明・大・昭 年 月 日			
住所	〒 - [電話番号] ()						
同居の家族	氏名	続柄			特記事項		
居宅介護 支援事業所			担当者 氏名				
			電話	()			
			FAX	()			
希望 ご利用日	午前	月・火・水・木・金・土・日					
	午後	月・火・水・木・金・土・日					
要介護度	要支援 1・2		有効期限				
	1・2・3・4・5		平成 年 月 日迄				
水分	制限 あり・なし		特記				
	水分トロミ あり・なし						
入浴	洗身・洗髪	自立・声かけ・半介助・全介助		麻痺	右片・左片・無		
	浴槽	立ってまたげる・座ってまたげる		衣類着脱	自立・声かけ・半介助・全介助		
	特記事項						
送迎	有り・無し (往復・片道)		特記				
A D L	歩行	排泄	視力	コミュニケーション		認知症	特別な医療
	自立	自立	良く見える	聞く	話す		
	見守り	声かけ	見え難い	少し困難	少し困難	なし	特記:
	杖歩行	要介助	見えない	困難	困難		
	手引き	パット		補聴器			
	車椅子	リハパン					
現 病 歴	疾患名		病院		主治医	通院状況	
			TEL ()			診察 /週 /月	
			TEL ()			診察 /週 /月	
			TEL ()			診察 /週 /月	
感染症	あり・なし・不明		皮膚疾患	有りの場合(病名:			