

訪問入浴 新規依頼書

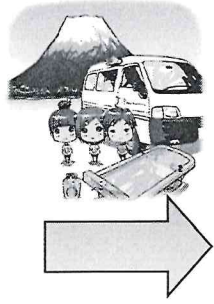
事業所名 _____

担当者名 _____ 様

TEL _____ - _____

FAX _____ - _____

(本紙を含み) _____ 枚



事業所名 1171803073

アサヒサンクリーン(株)在宅介護センター草加

埼玉県草加市吉町5-4-1 高橋店舗

TEL 050-3317-6960 担当者

FAX 048-954-6652 鈴木・吉田

初回加算・処遇改善加算(Ⅰ)・特定処遇改善加算(Ⅱ)ペアアップ加算
上記加算の算定をお願い申し上げます。

氏名		フリガナ	
様		男・女	
生年月日		電話番号	
明・大・昭・平	年 月 日	()	
住所	〒		
介護保険証番号	申請中・区変中 生活保護 有・無 要支援1・要支援2 要介護 1・2・3・4・5 負担割合 割		

訪問間隔	<input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎月							回		
希望曜日		月	火	水	木	金	土	日	指定事項	
不可のところに ×、希望に○をお 願ひします。	AM									
	PM									
備考(初回入浴予定日も記載お願い申し上げます)										
<input type="checkbox"/> 希望特になし <input type="checkbox"/> スポット利用 <input type="checkbox"/> 家族に連絡取り初回日時を調整 <input type="checkbox"/> 家族に連絡をとり定期利用日時を調整										

かかりつけ医療機関名	主治医名	電話番号
	Dr.	()
訪問看護ステーション名	電話番号	
	()	
介護者様氏名	フリガナ	
様	男・女	
続柄	同居・別居	電話番号
住所	()	

既往歴・病名			
処置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
許可値	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	熱 度以上 中止	血圧 ④ 以上・以下 ⑤ 以上・以下 は、中止
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> ヤコブ病		
<input type="checkbox"/> 通常疥癬 (ノルウェー疥癬は非対応)			
※下記チェック欄にご理解と同意の上、通常疥癬対応可能となっております。 <input type="checkbox"/> 受診して内服剤及び外用剤が処方されている。(内服剤服用後24時間経過してから訪問) <input type="checkbox"/> 当日の最終訪問(時間固定不可) <input type="checkbox"/> スタッフの予防着の着用 <input type="checkbox"/> タオル5枚・バスタオル2枚等、肌に直接触れるものは御家族様による準備。 <input type="checkbox"/> おためし不可 <input type="checkbox"/> シーツ交換不可			