

# 入浴介助申込書

平成 年 月 日

第1希望	日にち	平成 年 月 日	入浴時間	: ~ :	
第2希望	日にち	平成 年 月 日	入浴時間	: ~ :	
ふりがな氏名			男・女	年齢	歳
体重	kg		身長	cm	
介護度または区分			血圧	最高	最低
ケアマネージャー(担当がいる場合)	氏名 連絡先				
住所	〒				
自宅電話			携帯電話		
緊急連絡先	※同行者がいる場合は記載不要です		続柄 ( )	携帯電話	
かかりつけ医	※同行者がいる場合は記載不要です		電話番号		
同行者	続柄 ( ) 携帯電話				