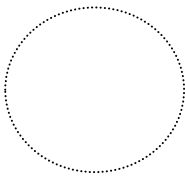


(様式第1号)



重度障がい者入浴サービス利用申請書

年 月 日

区保健福祉センター所長

申請者 氏名

入浴サービスを利用したいので、申請します。

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名			性別	男 ・ 女	
	住所	〒 電話番号 (- -)				
	身障手帳	第 号 ・ 級				
		障がい名				
世帯員の状況	氏 名		続柄	生年月日		
	1			年 月 日		
	2			年 月 日		
	3			年 月 日		
立会予定の介護者名				続柄		
利用者の 身体状況	食事	1. 自分でできる 2. 一部介助 3. 全部介助				
	排便	1. 夜は便器を使う 2. 夜はおむつを使う 3. 常時おむつを使う				
	入浴	1. 一部介助が必要 2. 全部介助が必要 3. 清拭している				
	動作	1. 介助があれば歩ける 2. 坐れる、介助があれば立てる 3. 坐れない				
	症状等	現在治療中の病気 1. ない 2. ある (病名) (血 圧) 一定している ・ していない (はきけ) ない ・ ある (むくみ) ない ・ ある (胸痛み) ない ・ ある (動 悸) ない ・ ある				
	その他 留意事項					
主治医	医療機関名及び医師名			定期受診・時々・受けていない		
	電話 -					
入浴希望回数		1. 月1回 2. 月2回 3. 月3回 4. 月4回 5. 月5回				
		6. 月6回 7. 月7回 8. 月8回以上				