

入浴介助申込書

ヘルパー派遣料金（2名体制@60分）¥16,500

申込日 年 月 日

| | | | | | |
|-------|-------------|------|---|------|--|
| 旅行日程 | 月 日 ~ 月 日 泊 | 宿泊先 | | | |
| 入浴介助日 | 月 日 () | 入浴時間 | : | 入浴場所 | |

| 介助を受けられる方 | | | | | |
|-----------------------|--------|----|---------|----|-------|
| 氏名 | ふりがな | | 男・女 | 年齢 | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 血圧 | 最高 最低 |
| ケアマネージャー (担当が居る場合) | 氏名: | | 連絡先: | | |
| 住所 | | | 連絡先 | | |
| FAX | | | メールアドレス | @ | |
| 緊急連絡先 | 続柄 () | | TEL | | |

| ご旅行の同行者 | | | | | |
|---------|--|-----|--|----|--|
| お名前 | | 連絡先 | | 続柄 | |
| お名前 | | 連絡先 | | 続柄 | |

| かかりつけ医連絡先 | | | |
|-----------|--|-----|--|
| 病院名 | | 連絡先 | |
| 担当医名 | | 診療科 | |

入浴介助同意書

1. 入浴介助は、ヘルパーが2名で行います。
2. 介助内容は、着替え・温泉入浴介助です。
おむつ交換等がある場合は、事前にお知らせください。
3. ヘルパーは、事前にお申込みいただいたお客様の入浴介助のみを行います。
4. 申し込み後、身体状況の聞き取りを行います。聞き取りができない場合は、サービスの利用はできません。
5. 事前に担当ケアマネージャー様に、介護状況や注意点などの聞き取りや情報提供をいただくこともあります。
6. サービス提供中、お客様からあらかじめ頂いた身体状況、介護情報に虚偽誤り等があった場合など、ヘルパーの責にない事由により止むを得ずサービス提供ができない状況が発生した場合、ヘルパーはお客様に対して当該サービスを 提供すべき義務を負いません。
7. お客様の都合によるキャンセルの場合は、以下のキャンセル料金が発生します。
前日キャンセル…介助料の50%
当日キャンセル…介助料の100%

上記項目に全てに同意し、入浴介助を申し込みます。

年 月 日

介助対象者：氏名

申 込 者：氏名



【身体情報確認票】

| 身体状況 | |
|-------------------|-------------------------|
| 移動の方法 | 手動車椅子 ・ 杖歩行 ・ 自立移動 |
| 立位は可能ですか | 可能 ・ 手すり支えがあれば可能 ・ 不可能 |
| 伝え歩きは可能ですか | 可能 ・ ある程度可能 ・ 不可能 |
| シャワーチェアでの座位は可能ですか | 可能 ・ 背もたれ、肘があれば可能 ・ 不可能 |
| シャワーチェアへ移乗はできますか | 一人でできる ・ 介助が必要 |
| 持病がありますか | ある（ ） ・ なし |
| 感覚の麻痺がありますか | ある（部位： ） ・ なし |

| 排泄について | |
|-------------|------------|
| 尿意・便意を感じますか | 感じる ・ 感じない |
| 自分で排泄はできますか | できる ・ できない |

| 会話について | |
|-------------|----------------------------------|
| 耳が不自由ですか | 聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない |
| 言語障害がありますか | しゃべれる ・ 少ししゃべれるが聞き取りにくい ・ しゃべれない |
| 意思の疎通はできますか | できる ・ できない |

| その他 | |
|-----------------|----------------|
| 自分で洋服の脱ぎ着ができますか | できる ・ できない |
| 認知症の症状がありますか | ある ・ 時々ある ・ なし |
| 気を付けてほしいこと | |