在宅訪問オーダーシート FAX048-229-2685

ご希望の訪問日程の１週間以上前迄に FAX をお願いします。

ご利用者様のお名前	お電話番号	緊急連絡先

ご住所	年齢・性別	介護度
号室（マンション名までご記入ください）	男 女　　歳	支 介

ご依頼者様のお名前　【　　】お電話番号【　　】

ケアマネージャー様のお名前　　事業所名

ご連絡先　ＴＥＬ　　ＦＡＸ

ご希望日

第一希望	月	日（　）	お時間　午前・午後	時～
第二希望	月	日（　）	お時間　午前・午後	時～
第三希望	月	日（　）	お時間　午前・午後	時～

※ご予約状況によっては、希望日にお伺いできない場合もございます。

ご希望メニュー（〇をお付けください）

【 カット ・ パーマ ・ カラー ・ シャンプー ・ お顔剃り ・ その他（　　）】

駐車場（〇をお付けください）　【 有 ・ 無 ・ 近隣Ｐ 】

※駐車料金が発生する場合はお客様ご負担になりますので予めご了承願います。

ご家族様の付き添い（ 可 ・ 不可 ）　家族以外の付き添いがいる場合（　　）

※施術は第三者様が立ち会いのもとで行います。

自宅内　：　伝い歩き・杖・歩行器・車椅子・寝たきり（ベッドのギャッジアップ 可 ・ 不可 ）

座位保持：　可【座位保持時間（　　時間程度)】　・　不可

認知症　：　無 ・ 有（ 軽・中・重 ）（ アルツハイマー型 ・ レビー小体型 ・その他 ）

麻痺　　：　無 ・ 有【（ 軽・中・重 ） 全麻痺・ 片麻痺（左・右） ・上肢 ・下肢 】

疾病･疾患病歴等 ：

感染症　：　無 ・ 有（　　）

備　考　：(特に注意する点がございましたら教えてください)

FAX 内容を確認後、当方よりお電話にてご予約確認をさせて頂きます。

訪問美容
咲（えみ）

施設病院訪問オーダーシート FAX048-229-2685

ご希望の訪問日程の１週間以上前迄に FAX をお願いします。

施設・事業所名	お電話番号	FAX 番号

ご住所	Email

ご担当者様のお名前　【　　様　】

ご希望日

第一希望	月	日（　）	お時間	午前・午後	時～
第二希望	月	日（　）	お時間	午前・午後	時～
第三希望	月	日（　）	お時間	午前・午後	時～

※ご予約状況によっては、希望日にお伺いできない場合もございます。

駐車場（〇をお付けください）　【　有　・　無　・　近隣Ｐ　】

※駐車料金が発生する場合はお客様ご負担になりますので予めご了承願います。

No	お客様のお名前	カット	カット＋シャンプー	パーマ＋カット	カラー	カラー＋カット	お顔そり	お顔そりは電気シェーバーにて行います。カミソリとは違い、仕上がりには限度がございます。ご了承ください。 その他ご要望：例)ベッドカット、ベッドシャンプー等
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

お問い合わせ内容あらかじめ必要な連絡事項があればご記入ください。

FAX 内容を確認後、当方よりお電話にてご予約確認をさせて頂きます。

訪問美容
咲（えみ）