# あっぷる利用申込書

申込日　　年　　月　　日

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 要介護度 |
|---|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | 男・女 | M・T・S　年　月　日（　歳） | |
| 住所<br>〒 | | | TEL | （　　）　－ |
| フリガナ | | | 続柄 | |
| 申込者氏名 | | | | |
| 住所<br>〒 | | | 自宅 | |
| | | | 携帯 | |
| | | | 職場 | |

| 入所希望理由 | 退所後の予定 |
|---|---|
| ① リハビリ | ① 自宅 |
| ② 在宅介護の継続が困難 | ②他施設　申込先 |
| ③ その他 | 申込日　年　月 頃 |
| （　） | ③ 未定 |

どのような状態になれば在宅生活が可能か、また、現時点で在宅生活が難しい場合はその理由についてもご記入ください。

| 支援事業者名 | | 電話 | | ケアマネ | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1日の過ごし方 | 0　2　4　6　8　10　12　14　16　18　20　22　24 | | | | |

施設生活に対する本人・ご家族の希望

| 利用者の状況 | | | |
|---|---|---|---|
| | 病名・既往歴 | | |
| | 服薬 | （　点眼薬や点耳薬、点鼻薬、外用薬（塗り薬・貼付薬等）、注射薬、吸入薬、坐薬等も含みます。詳細につきましては別途資料を添付いただきますようお願い致します。　） | |
| | 障害高齢者自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | |
| | 認知症高齢者自立度 | 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M | |
| | 麻痺 | 上肢（右・左）下肢（右・左）その他（ | |
| | 拘縮 | 肩　肘　股　膝　足　手　その他　（　） | |
| | 移乗 | 自立・見守り・一部介助・全介助　（　） | |
| | 移動 | 独歩・杖・歩行器・車椅子・寝たきり（　） | |
| | 入浴 | 自立・見守り・一部介助・全介助　（　） | |
| | 更衣 | 自立・見守り・一部介助・全介助　（　） | |
| | 食事 | 自立・見守り・一部介助・全介助　（　） | |
| | | 主食　常食・軟飯・粥（　）ミキサー・その他（　） | 箸・スプーン |
| | | 副食　普通・刻み食・ミキサー・ソフト食・その他（　） | 義歯　有・無 |
| | 排泄 | 自立・見守り・一部介助・全介助・誘導　（　） | |
| | | ポータブルトイレ・布パンツ・紙パンツ・紙オムツ・その他（　） | |
| | | 排尿状況　（　日／回　）　排便状況（　日 毎　） | |
| | 認知症 | 物忘れ・昼夜逆転・暴言・暴力・徘徊・ろう便・その他（　） | |
| | 意思疎通 | （　） | |
| | 視力・聴力障害 | 有　無　（　） | |
| | 感染症 | 有　無　（　） | |