

あっぷる利用申込書

フリガナ		性別	申込日 R 年 月 日	要介護度
利用者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)	
住所 〒			TEL () -	
フリガナ		続柄		
申込者氏名				
住所 〒			自宅	
			携帯	
			職場	

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

本人・ご家族の希望（どのような状態になれば在宅可能か等）

利用者の状況	病名・既往歴			
	服薬	(別途資料添付お願いいたします。)		
	障害高齢者自立度	自立 J 1 2 A 1 2 B 1 2 C 1 2		
	認知症高齢者自立度	自立 I II a II b III a III b IV M		
	身長・体重	cm kg		
	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	内容	提供エネルギー量 (kcal)	減塩食・糖尿病食 (単位)
		自立・見守り・一部介助・全介助・誘導 ()		
ポータブルトイレ オムツ ()				
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 ()			

入所申込書

申込日 H 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		要介護度
利用者氏名			年 月 日		
住所 〒				TEL	() -

日常生活状況