

あっぷる 入居申込書

* 申込み日 令和 年 月 ※ 申込者氏名

ふりがな			男 ・ 女	生年月日	T S	年 月 日		歳
利用者氏名								
住 所	〒							
電 話				携 帯				
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			申請中・区変中		負担割合		割
介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			被保険者番号				

※連絡先は、①・②箇所の記入をお願いします。

連絡先 ①	氏名			続柄			年齢		
	住所	〒		勤務先名					
	電話			携帯					
連絡先 ②	氏名			続柄			年齢		
	住所	〒		勤務先名					
	電話			携帯					
家族構成・家族関係等の状況				これまでの経過					
◎・・・本人 ●・・・死亡									
居宅・病院・老健				担当者					
電 話				FAX					
サービス利用状況		<input type="checkbox"/> デイサービス() <input type="checkbox"/> ヘルパー() <input type="checkbox"/> 訪看()							
		<input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> 福祉用具()							
住環境		持家・他施設・借家・高層住宅 階 (エレベーター 有・無)							
入所希望施設		<input type="checkbox"/> あっぷる介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> あっぷるグループホーム姫路 <input type="checkbox"/> あっぷるグループホーム広畑 <input type="checkbox"/> あっぷるグループホーム加古川 <input type="checkbox"/> あっぷるグループホーム播磨 <input type="checkbox"/> あっぷるグループホーム()市							
申込理由		<input type="checkbox"/> 退院後在宅復帰困難 <input type="checkbox"/> 独居生活困難 <input type="checkbox"/> 同居困難 <input type="checkbox"/> 介護者なし <input type="checkbox"/> 他施設からの転居 <input type="checkbox"/> 特養への待機 <input type="checkbox"/> その他()							
本人及び 家族希望									

現在の身体及び生活状況

状 況（担当ケアマネージャーにご確認下さい）					
生活状況	移動	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 （杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子）			
	食事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助		・普通 ・キザミ ・ソフト ・ミキサー ・ゼリー	
		・制限食（ ）		・入れ歯（ 無 ・ 有 ）	
	嚥下	・むせにくい ・むせやすい ・水分ロミ（無 ・ 有）			
	排泄	・自立 ・見守り ・一部介助 ・ポータブルトイレ ・尿器（おむつ ・ リハビリパンツ ・ パット）			
	便秘	・無 ・ 有 （服薬：無 ・ 有）			
入浴	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 （一般浴 ・リフト浴 ・シャワー浴 ・特浴 ・清拭）				
身体状況	視力	・普通 ・近くの物は見える ・殆ど見えない ・全く見えない ・めがね（無 ・ 有）			
	聴力	・普通 ・大きな声なら聞こえる ・殆ど聞こえない ・聞こえない ・補聴器（無 ・ 有）			
	発語	・普通 ・少し不明瞭 ・不明瞭		理解力	・普通 ・やや困難 ・困難
	身長	cm		体重	kg
健康状態	主治医		医院名	TEL	
	現疾患		既往歴		
	内服				
	医療の状況	バルンカテーテル ・ 人工肛門 ・ インスリン ・ 在宅酸素 その他（ ）			
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	認知症				
	精神・行動・障害	無 ・ 有 （暴言 ・ 暴力 ・ 昼夜逆転 ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ 妄想 ・ 徘徊 ・ 収集癖 介護に抵抗 ・ 不潔行為 ・ 異食行為）			
	感染症	無 ・ 有（ ）	アレルギー	無 ・ 有（ ）	
	麻痺拘縮	無 ・ 有（ ）	睡眠	良 ・ 不良（服薬：無 ・ 有）	
	褥瘡	無 ・ 有 ・ 以前あった			
金銭状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 無年金				
	（一カ月およそ 万円）		年間年金収入額	円	
	預貯金額	<input type="checkbox"/> 300万円以下 <input type="checkbox"/> 300～600万円 <input type="checkbox"/> 600～900万円 <input type="checkbox"/> 900万円以上			
	負担限度額認定証		円	（有効期限 令和 年 月 日 まで）	