

入居希望申請書

皆様の個人情報に関係法令・法人規定に基づき適切に管理いたします。
グループホームに入居を希望される方はご記入の上、下記の住所に返送して下さい。

返送先: 〒253-0018 茅ヶ崎市室田1-15-2

NPO法人障がい者支援 グリーンライフ 入居担当 宛

氏名 (ふりがな)	
--------------	--

記入日	令和 年 月 日
記入者	
ご本人との関係	

●ご本人の情報について

性別	男 ・ 女				
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)				
ご実家住所	〒				
ご実家連絡先					
ご家族	続柄	氏名	年齢	連絡先・その他の特記事項	
緊急連絡先	氏名				
	電話番号				
手帳	障害支援区分	1 2 3 4 5 6			
	知的障害	A1 A2 B1 B2			
	身体障害	級			
	精神障害	級			

●日常生活に関するチェックリスト

●日常生活に関するチェックリスト				特記事項
健康管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
社会ルール理解	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
安全面での配慮	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
スケジュールの管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
医療機関への通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
買い物外出	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
行事への参加	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
就労への意欲	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	

●生活支援に関するチェックリスト

●生活支援に関するチェックリスト				特記事項
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
配膳	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食材カット	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
尿・便意	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し		
着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
整容・衣服	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
体温調整	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	

●行動に関するチェックリスト

●行動に関するチェックリスト			特記事項
自傷	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
他害	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
飛び出し	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
パニック	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
物壊し	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
盗癖	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
被害妄想	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
虚言	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
無断外出	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	

無断宿泊	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
過食・拒食	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
異食	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
多飲水	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	

●健康状況

身長	cm	体重	kg	血液型
平熱	℃			
生理状況(女性のみ)				
健康保険				
体調不良時の予兆				
投薬に関する注意事項				
病歴・過去の怪我				

●医療機関

機関名・科名	通院状況	連絡先・特記事項

●その他健康に関する特記事項

●ご本人の性格(自由記述)

●日常生活の留意点

就労先情報、 他のサービス利用情報	名称・住所	連絡先・担当者
就労先への移動方法(時間ごとに記入してください)*就労時のみ		
言語コミュニケーション対人関係での留意点		
趣味・嗜好		
	アレルギー 無し ・ 有り()	
	食べられない物、苦手なもの	

ご本人・ご家族等からの希望、支援をする上での注意点	
---------------------------	--