

グループホーム ドリームひこうせん 入居エントリーシート

平成 年 月 日申込

入居希望者氏名	生年月日		歳	男・女
	年 月 日			
住所				
〒				
連絡先				
自宅	—	—	携帯	—
緊急連絡先(ご家族)			(ご本人との関係)	
ご家族住所				
〒				
ご家族連絡先				
自宅	—	—	携帯	—
障がい名				
障がいの状況(具体的に障がいの状況をご記入ください)				
手帳				
身障手帳	級	療育手帳	A1 A2 B1 B2	精神保健手帳
				級
障害支援区分				
	1	2	3	4
				5
				6
身長			体重	
cm			kg	
視力	正常	見えづらい		ほとんど見えない
聴力	正常	聞こえづらい		ほとんど聞こえない
会話	話することができる	不明瞭な部分がある		話すことが難しい
意思の伝達	できる	あまりできない		ほとんどできない
理解度	問題ない	時間をかければ理解できる		ほとんど分からない
読み	できる	あまり得意ではない		ほとんどできない
書き	できる	あまり得意ではない		ほとんどできない

社会福祉法人はるかぜ福祉会

◎グループホーム内でお手伝いが必要な項目に○をつけてください

自立……1 見守り……2 一部介助……3 全介助……4 不明……5

支援内容	○をつけてください	支援内容	○をつけてください
起床介助	1 2 3 4 5	夜間支援	1 2 3 4 5
移乗介助	1 2 3 4 5	掃除	1 2 3 4 5
着替え	1 2 3 4 5	洗濯	1 2 3 4 5
整容・洗面	1 2 3 4 5	洗濯干し・取込	1 2 3 4 5
排泄(小)	1 2 3 4 5	洗濯物仕舞い	1 2 3 4 5
排泄(大)	1 2 3 4 5	整理整頓	1 2 3 4 5
車椅子移動	1 2 3 4 5	買い物	1 2 3 4 5
歩行移動	1 2 3 4 5	服薬	1 2 3 4 5
食事介助	1 2 3 4 5	電話連絡	1 2 3 4 5
入浴介助	1 2 3 4 5	金銭管理	1 2 3 4 5
就寝介助	1 2 3 4 5	スケジュール管理	1 2 3 4 5
体位交換	1 2 3 4 5	外出	1 2 3 4 5
見守り	1 2 3 4 5	通院付き添い	1 2 3 4 5
現在の日中の活動場所、及び、入居された場合の希望活動場所(就労、作業所等)			
病気・発作			
服薬状況			
医療的ケア			
主治医 病院名・診療科		連絡先	担当者氏名
通院	月 回	同行	必要・不必要

要配慮行動
 (ほぼ毎日あり…◎ / 週1・2回程度あり…○ / 週1回未満…△ / なし…×)
 パニック() 発作() 睡眠障害() その他()()
 上記に当てはまる場合、具体的にご記入ください

その他支援上配慮すべきこと・特別な支援が必要なこと

現在利用されているサービスに○を付けてください。
 訪問診療 訪問看護 ホームヘルパー ガイドヘルパー 訪問リハビリ・マッサージ 短期入所 施設入所
 グループホーム 生活介護 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型
 その他()

入居後の収入(該当するものに○を付けてください)
 障害基礎年金 級 構成障害年金 生活保護 仕送り
 就労による収入 その他()

相談支援員(現在、相談支援サービスを利用している場合)

施設名	連絡先	担当者名

入居を望まれる理由