

ドリームひこうせん(短期入所) 利用エントリーシート

令和 年 月 日申込

利用希望者氏名	生年月日	歳	男・女			
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			
障がい支援区分						
	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	問題なし	時間をかければ理解できる		ほとんどわからない		
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		

ドリームひこうせん(短期入所) 利用エントリーシート

◎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	○を付けてください				支援内容	○を付けてください					
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	1	2	3	4	5
排泄(大)	1	2	3	4	5	整理整頓	1	2	3	4	5
車いす移動	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	通院付添い	1	2	3	4	5
現在の日中活動場所、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							

ドリームひこうせん(短期入所) 利用エントリーシート

<p>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</p>		
<p>その他支援上配慮すべきこと・特別な支援が必要なこと</p>		
<p>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 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()</p>		
食事		
水分量	夜間のペットボトル	
排便		
ヘルプ		
余暇		
希望		
<p>入居後の収入(該当するものに○を付けてください) 障害者基礎年金 級 厚生障害年金 生活保護 仕送り 就労による収入 その他()</p>		
相談支援専門員(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