

グループホーム入居エントリーシート

グループホーム エターナル上星川の入居申し込みにあたり、入居希望者、および、家族の個人情報を提供するとともに、エターナルが入居審査に必要な情報を関係機関から取得および使用することに同意いたします。

平成 年 月 日 氏 名 印
代筆者氏名 印

平成 年 月 日申込

ふりがな											
入居希望者 ご氏名	男 女		生年 月日	昭和 平成	年	月	日	才			
ご住所	〒 市 区										
ご連絡先	ご自宅		-	-	携帯		-	-			
緊急連絡先 (ご家族)	氏名 (ご本人との関係)										
ご住所 (ご家族)	〒 市 区										
ご連絡先 (ご家族)	ご自宅		-	-	携帯		-	-			
成育歴											
障害名											
障害の状況 (具体的に障害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	申請中	無	1	2	3	4	5	6	不明		
身長	cm			体重			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			話することが難しい				
意思の伝達	できる	時々できる		あまりできない		ほとんどできない					
理解度	問題なし		時々相手の身振り・言葉が理解できる				ほとんど分からない				
読み・書き	できる			あまり得意ではない			ほとんどできない				

◎グループホーム内でお手伝いが必要なことに○をつけてください

自立・・・1 見守り・・・2 一部介助(少しお手伝いが必要)・・・3

半介助(時々支援が必要)・・・4 全介助(常に支援が必要)・・・5 不明・・・6

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 6	掃除	1 2 3 4 5 6
移乗介助	1 2 3 4 5 6	洗濯	1 2 3 4 5 6
着替え	1 2 3 4 5 6	洗濯干し・取込	1 2 3 4 5 6
整容・洗面	1 2 3 4 5 6	洗濯物仕舞う	1 2 3 4 5 6
排泄介助(小)	1 2 3 4 5 6	整理整頓	1 2 3 4 5 6
排泄介助(大)	1 2 3 4 5 6	買い物	1 2 3 4 5 6
車椅子移動	1 2 3 4 5 6	服薬	1 2 3 4 5 6
歩行移動	1 2 3 4 5 6	電話連絡	1 2 3 4 5 6
食事介助	1 2 3 4 5 6	金銭管理	1 2 3 4 5 6
入浴介助	1 2 3 4 5 6	スケジュール管理	1 2 3 4 5 6
就寝介助	1 2 3 4 5 6	外出	1 2 3 4 5 6
体位交換	1 2 3 4 5 6	通院付添い	1 2 3 4 5 6
見守り	1 2 3 4 5 6		1 2 3 4 5 6
夜間支援	1 2 3 4 5 6		1 2 3 4 5 6

入居を希望する理由を具体的にご記入ください

グループホーム内で手伝ってほしい介助・支援を具体的にご記入ください

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(例 就労、デイサービス、作業所etc)
活動日(月、火、水、木、金、土、日 週 回) すでに決まっている 未定

送迎の有無 自力通所 デイサービスでの送迎を予定 ヘルパーを使つての送迎を希望

平日日中活動場所へ行かない日のグループホーム内での支援の有無 <input type="checkbox"/> 不要(一人で過ごせる) <input type="checkbox"/> 必要(具体的にご記入下さい)
土日祝日の過ごし方(具体的にご記入ください) <input type="checkbox"/> 一人で過ごせる <input type="checkbox"/> ヘルパーと外出希望
服薬状況
医療的ケア 無 有 (具体的に:
精神症状・行動傾向
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→×) 強いこだわり() パニック() 睡眠障害() 食事・排せつに係る不適応行動() 自傷他害() 暴言() 声出し() 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
お酒 飲まない 飲む(具体的な量)
たばこ 吸わない 吸う(具体的な本数)
その他医療福祉サービス(現在利用しているサービスに○をつけてください) 訪問医療 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 一時ケア ショートステイ 短期入所 施設入所 デイサービス・作業所 グループホーム
介護保険 利用している 利用していない

入居後のご希望のサービス(利用したいサービスに○をつけてください) 訪問医療 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 デイサービス・作業所 その他()					
入居後収入 障害基礎年金 厚生障害年金 生活保護 仕送り 就労による収入					
連帯保証人(あり・なし) 身元引受人(あり・なし) 後見人(あり・なし)					
ご家族 連絡先tel ご意見	氏名 緊急度	低 中 高			
主治医 連絡先tel ご意見	病院名 緊急度	科 氏名 低 中 高			
通院 月/ 回 同行	必要 不要				
担当ケース ワーカー 連絡先tel ご意見	区役所名 緊急度	氏名 低 中 高			
相談員 生活支援員 連絡先tel ご意見	施設名 緊急度	氏名 低 中 高			
今回の応募の連絡窓口 施設名 連絡先tel					
氏名					
会社記入欄 平成 年 月 日 記入者					