

入居希望申込書

TEL 052-309-3262 FAX 052-309-3263

グループホームひなた・こはる

相談者氏名				続柄 家族・病院・相談事業所・その他			
				施設名			
住所							
連絡先	電話			携帯			
入居者氏名				性別 男性・女性		年齢 歳	
住所							
連絡先	電話			携帯			
現在状況	1、在宅で生活中 2、入院中(病院名) 3、その他						
過去入院先			時期				
通院先			頻度				
			頻度				
病名							
該当箇所に○を記入ください							
障害の種類	1.精神保健福祉手帳(級) 2.養育手帳 (A・B)						
日中の活動	1. デイケア 2. 就労関係事業所(A・B 回/週) 3. 活動なし						
障害福祉サービス受給	あり・なし・申請中			障害支援区	1・2・3・4・5・6		
認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日						
日中の活動	1. デイケア 2. 就労関係事業所(A・B 回/週) 3. 活動なし						
(年間金額	円) 2.生活保護受給 あり・なし 3.親族から仕送り(円)4.工賃収						
ご本人の 状況	食事	1.自立	2.介助	3.全介助	4.その他		
	排泄	1.自立	2.介助	3.全介助	4.その他		
	入浴	1.自立	2.介助	3.全介助	4.その他		
	外出	1.自立	2.一部付添		3.全て付添		4.その他
	金銭管理	1.自立	2.一部管理必要		3.全て管理		4.その他
服薬状況 該当箇所に○を記入ください							
朝		昼		夜		就寝前	
今後の予定							
入居希望時期	すぐに	1ヶ月後	2ヵ月後	3ヵ月後	半年以内	未定	その他
○を記入ください							

※お分かりになる範囲でご記入をお願いします。

・入居申込用紙の提出をもって入居が決定するわけではありません。後日面談を行い、現在の病気の状況、生活状況を考慮の上入居決定いたします。

・入居希望の方は必ず施設の見学をして頂きますようお願い致します。