

利用申込書

入居へのご希望にあたりまして、事前情報のご提供をいただきたいと存じます。お手数ではございますが、ご紹介をいただけます担当者の方から必要事項をご記入いただき、担当者へご提出下さいますようお願い申し上げます。

記入日 年 月 日 記入者名： 記入者所属：

利用者氏名（フリガナ）		性別	男・女	生年月日	S・H 年 月 日（ 歳）		
住所（〒 - ）		主治医	担当医 先生				
電話			医療機関名 住所 電話				
主たる連絡先（緊急連絡先①）		続柄	住所（〒 - ） 電話				
氏名							
（緊急連絡先②）		続柄	住所（〒 - ） 電話				
氏名							
手帳の有無		無 ・ 有		障害区分	生活保護 無 ・ 有		
精神障害者福祉手帳	身体障害者手帳	療育手帳			後見人 無 ・ 有		
1級 2級 3級 種	級	A1 A2 B1 B2			担当		
相談支援専門員		（〒 - ）					
事業所名：							
担当者名：		電話					
日中の活動の場		有（有の場合の住所・名称） ・ 無					
（〒 - ）							
これまでの経緯							
収入・受給の状況		※下記の該当する欄の□にチェックを入れて、詳細をご記入下さい					
①□障害者年金・生活保護費等の受給状況		受給名()		受給額(月 円)			
②□就労支援施設・一般就労先からの収入状況		収入先()		受給額(月 円)			
③□その他の収入		収入先()		収入額(月 円) ④□収入・受給なし			
支援者が望むこと							
本人が望む生活							
他に通院している医療機関							

利用申込書 別紙

質問項目に対する支援の必要性有無を○で囲んでご回答下さい。必要な支援方法があればご回答下さい。

No.	質問項目	支援の必要性
1	ホームのルールを口頭・書面での説明で理解でき、実行できる	できる ・ できない
	必要な支援方法：	
2	当ホームの設備・居室内で安全に過ごすことができる	できる ・ できない
	必要な支援方法：	
3	居室の掃除・洗濯・整容等の日常生活に関わる介助の必要性の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
4	入浴の介助・見守りの必要性の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
5	服薬が継続できており、症状が安定している状態である	安定している ・ 不安定
	必要な支援方法：	
6	外出介助の必要性の有無(通院・買い物等)	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
7	日中活動先への移動の介助の必要性の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
8	昼食の購入と食事への介助の必要性の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
9	薬の管理と服薬の介助の必要性の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
10	ホームで行う医療行為や感染症への特別な対応の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
11	金銭管理の介助の必要性の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
12	喫煙の有無 喫煙ルールの理解ができる	できる ・ できない
	必要な支援方法：	
13	各種依存症に関わる対応の有無(薬物・アルコール・ギャンブル・買物・对人的依存 等)	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
14	アレルギーに関わる対応の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
15	他入居者様や世話人への暴言・暴力の可能性の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
16	自傷行為に及ぶ可能性 又は希死念慮の有無や自殺未遂歴の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	
17	過去にあった犯罪歴や逮捕歴の有無	無 ・ 有
	必要な支援方法：	

承認	回議	申請