

# グループホーム「みんなの家 さあくる」 入居エントリーシート

平成                      年                      月                      日申し込み

入居希望者 氏名		生年 月日	昭和 平成	年	月	日	歳
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                      -                      -						
障がい名							
障がいの状況 (具体的に障がいの状況をご記入下さい)							
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				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	

◎グループホーム内でお手伝いが必要に○をつけて下さい											
自立 … 1		見守り … 2		一部介助 … 3		全介助 … 4		不明 … 5			
支援内容	○をつけて下さい					支援内容	○をつけて下さい				
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、デイサービス、作業所等)											
病気・発作											
服薬状況											
医療的ケア 有 (具体的に) 無											
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事		
医療福祉サービス(現在利用しているサービスに○を付けて下さい)		
介護保険 障害者総合支援法	} の利用	有 ・ 無 有 ・ 無
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 その他 ( )		
入居後のご希望のサービス(利用者したいサービスに○を付けて下さい)		
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( )		
入居後の収入    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 )    任意後見人( あり ・ なし )		
担当ケース ワーカー	区役所名	連絡先  担当者氏名
相談員 支援員	施設名	連絡先  担当者氏名

※現在、相談支援サービスを利用している場合。

特記事項（特に入居を強く望まれる理由）