

# 社会福祉法人貴愛会 障害者グループホーム なの花畑 利用申込書

申込日 令和 年 月 日

なの花畑グループホームの入居申込にあたり、入居希望者及び家族の個人情報を提供すると共に、「なの花畑」が入居審査に必要な情報を関係機関から取得及び使用することに同意致します。

令和 年 月 日  
 氏名 印  
 代筆者氏名 印

利用希望者の氏名		性別	男 ・ 女		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳		
現住所	〒 -				
電話番号	( ) - 携帯電話				
緊急連絡先	①氏名: 続柄( ) 連絡先:				
	②氏名: 続柄( ) 連絡先:				
家族構成	氏名	年齢	続柄	住所	職業
	氏名	年齢	続柄	住所	職業
	氏名	年齢	続柄	住所	職業
	氏名	年齢	続柄	住所	職業
	氏名	年齢	続柄	住所	職業
	氏名	年齢	続柄	住所	職業
手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) ※1～7級まで 対象疾患( )				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳( 級) ※1～3級まで 対象疾患( )				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳( A ・ B 判定)				
身体の障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: )				
障害者程度区分 認定の有無	<input type="checkbox"/> あり (区分: 1 2 3 4 5 6 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中				
障害名(病名)					
既往歴					
かかりつけ病院	医療機関名:				
内服中の薬					
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容( )				
保険関係	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護				
医療費の助成等	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 重度心身医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 福祉給付金制度 <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費助成制度				
担当ケースワーカー	氏名	区役所名	TEL		
		事業所名	TEL		

収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	収入金額	管理者
	障害年金 (      )級→(      )年から受給		
	生活保護 (      )から受給		
	就労 勤め先(      )		
	仕送り		
	その他 その他の年金→具体的に(      )		
	諸手当→具体的に(      ) その他→具体的に(      )		
<p>現在の日中活動の活動場所 及び 入居された場合の希望活動場所</p> <p>活動場所名 :</p> <p>活動日(□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 : 週 回)</p> <p>特記事項 :</p> <p>送迎の有無 <input type="checkbox"/>自力通所 <input type="checkbox"/>デイサービスでの送迎 <input type="checkbox"/>ヘルパーを使つての送迎利用  <input type="checkbox"/>その他(      )</p> <p>その他の医療・福祉サービスの有無 : <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(具体的に記入して下さい)</p> <p>介護保険 <input type="checkbox"/>利用している <input type="checkbox"/>利用していない</p> <p>身元引受人( <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ) 後見人( <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 )</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/>不要(一人で過ごせる)</p> <p><input type="checkbox"/>必要(具体的にご記入下さい)</p> <p>土日祝日の過ごし方(具体的にご記入下さい)</p> <p>心身の状態・行動傾向</p> <p>要配慮行動・こだわり行動・不適切行動等 : <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(具体的にご記入下さい)</p>			



◎グループホーム内でお手伝いが必要なことに○をつけて下さい。

1…自立 2…見守り 3…一部介助 4…半介助 5…全介助

支援内容	◎をつけて下さい。					特記事項
起床介助	1	2	3	4	5	
移乗介助	1	2	3	4	5	
着替え	1	2	3	4	5	
整容・洗面	1	2	3	4	5	
排泄介助(小)	1	2	3	4	5	
排泄介助(大)	1	2	3	4	5	
車椅子移動	1	2	3	4	5	
歩行移動	1	2	3	4	5	
食事介助	1	2	3	4	5	
入浴介助	1	2	3	4	5	
就寝介助	1	2	3	4	5	
体位交換	1	2	3	4	5	
夜間支援	1	2	3	4	5	
掃除	1	2	3	4	5	
洗濯	1	2	3	4	5	
洗濯物干し・取込	1	2	3	4	5	
洗濯物収納	1	2	3	4	5	
整理整頓	1	2	3	4	5	
買い物	1	2	3	4	5	
服薬	1	2	3	4	5	
電話連絡	1	2	3	4	5	
金銭管理	1	2	3	4	5	
スケジュール管理	1	2	3	4	5	
外出	1	2	3	4	5	
通院付添	1	2	3	4	5	

その他、グループホームで手伝ってほしい介助・支援を具体的にご記入下さい。

◆移動・動作に関する項目

寝返り	1、できる	2、できない	
起き上がり	1、できる	2、できない	
座位保持	1、できる	2、できない	
移乗	1、できる	2、できない	3、一部介助
立ち上がり	1、できる	2、できない	
両足での立位保持	1、できる	2、できない	
片足での立位保持	1、できる	2、できない	
歩行	1、できる	2、できない	3、車椅子使用
移動	1、できる	2、できない	
衣類の着脱	1、できる（上のみ 下のみ 両方）		2、できない
褥瘡	ない	ある	
嚥下	できる	できない	トロミ使用

◆身の回りの世話日常生活に関する項目

食事	1、自己摂取	2、一部介助	3、全介助			
食事形態	主食： 1、常食 2、軟飯 3、粥 4、ミキサー					
	副食： 1、常菜 2、粗刻み 3、極刻み 4、ミキサー					
口腔ケア	1、できる	2、できない	3、一部介助			
入浴	1、一般浴（自立・一部介助・全介助）		2、座浴			
排泄方法	排尿時	1、自立	2、声掛け	3、見守り	4、一部介助	5、全介助
	排便時	1、自立	2、声掛け	3、見守り	4、一部介助	5、全介助

◆健康・栄養管理

薬の管理	1、できる	2、できない	
金銭管理	1、できる	2、できない	
電話等の利用	1、できる	2、できない	
日常の意思決定	1、できる	2、できない	
危険の認識	1、できる	2、できない	
調理	1、できる	2、できない	
掃除	1、できる	2、できない	3、一部介助
洗濯	1、できる	2、できない	3、一部介助
買い物	1、できる	2、できない	3、付き添い
交通手段の利用	1、できる	2、できない	

◆意思疎通等に関する項目

視力	1、普通	2、目の前に置いた視力の確認表が見える		
	3、ほとんど見えない		4、見えているか不明	
	※眼鏡	あり	なし	
聴力	1、普通	2、普通の声がやっと聞き取れる、聞き取りが悪い		
	3、かなり大きな声なら何とか聞き取れる(聞き耳: 右 左 )			
	4、ほとんど聞こえない		5、聞こえているか不明	
コミュニケーション	1、できる		2、できない	
説明の理解	1、できる		2、できない	
読み書き	1、できる		2、できない	
感覚過敏・感覚鈍麻	あり		なし	

◆行動障害に関する項目 当てはまる物に✓を付けて下さい。

<input type="checkbox"/> 被害的・拒否的	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 感情が不安定	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
<input type="checkbox"/> 同じ話しをする	<input type="checkbox"/> 大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援の拒否	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 外出して戻れない	<input type="checkbox"/> 一人で出たがる	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す
<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> こだわり	<input type="checkbox"/> 多動・行動停止
<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 他害行為	<input type="checkbox"/> 不適切な行為	<input type="checkbox"/> 突発的な行動
<input type="checkbox"/> そう鬱状態	<input type="checkbox"/> 反復的行動	<input type="checkbox"/> 対人面の不安緊張	<input type="checkbox"/> 意欲が乏しい
<input type="checkbox"/> 集中力が続かない	<input type="checkbox"/> 自己の過大評価	<input type="checkbox"/> 集団への不適応	<input type="checkbox"/> 夕飲水・過飲水
<input type="checkbox"/> 暴言暴行	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 不安定な行動
<input type="checkbox"/> 過食・反すう等	<input type="checkbox"/> 話がまとまらない		

◆特別な医療に関する項目

点滴の管理	必要	必要なし	
中心静脈栄養	必要	必要なし	
透析	必要	必要なし	
ストーマの処置	できる	できない	
酸素療法	必要	必要なし	
レスピレーター(人口呼吸器)	使用	使用しない	
気管切開の処置	必要	必要なし	
疼痛の看護	必要	必要なし	
経管栄養	必要	必要なし	
モニター測定	必要	必要なし	
褥瘡の処置	必要	必要なし	
カテーテル	有	無	