

# 共同生活援助事業所ふきのとう 入居申込書

受付処理日 令和 年 月 日

社会福祉法人栗原市社会福祉協議会 会長 殿

下記の通り、貴サービスを利用いたしたく申込みます。

氏名 ㊞  
代筆者氏名 ㊞

## 【入居者（本人）】

フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	年 月 日 歳
住所	〒		電話	

## 【申し込み理由および生育歴】


## 【家族の状況】

### 1.主となる連絡者

フリガナ		入居者との関係	
氏名			
連絡先	(自宅)	(携帯)	
	(勤務先)	(会社名)	
住所	〒		

### 2.その他家族構成

氏名	続柄	職業	居住（別の場合の居住地）
			同・別
			同・別
			同・別
			同・別

## 【既往歴】

(疾病名)	(医療機関)
(服薬の状況) 有 ・ 無	

※薬情報の添付（最新のもの）をお願いいたします。



【アセスメント表】

身長		cm	体重	kg
視力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 見えづらい	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	(眼鏡使用：有・無)
聴力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 聞こえづらい	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	(補聴器使用：有・無)
会話	<input type="checkbox"/> 話することができる		<input type="checkbox"/> 不明瞭な部分がある	<input type="checkbox"/> 話すことは難しい
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> ほとんどできない
理解度	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> ある程度相手の言葉等が理解できる		<input type="checkbox"/> ほとんど分からない
読み書き	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しはできる	<input type="checkbox"/> 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チェックを入れてください。

項目	内容					特記事項
①起床	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
②移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
③着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
④整容・洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑤排泄（小）	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑥排泄（大）	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑦移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑧食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑨入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑩就寝	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑪体位変換	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑫夜間支援	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑬掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑭洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑮整理整頓	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑯買物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑰服薬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑱電話連絡	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑲金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
⑳スケジュール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
㉑外出	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	
㉒通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不明	

●その他、グループホームで手伝ってほしい介助・支援を具体的に記入してください。

●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（具体的にご記入ください）	
●休日の過ごし方（具体的にご記入ください）	
●医療的ケア： 無 ・ 有（具体的にご記入ください）	
●精神症状・行動傾向	
●要配慮行動・こだわり行動・不適切行動 等： 無 ・ 有（具体的にご記入ください）	
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（具体的な量： _____ ）
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（具体的な量： _____ ）
●その他、支援上配慮すべきこと・特別な支援が必要なこと	

【同意欄】

上記の内容について、相違ないことを誓います。

また、関係機関への問い合わせについて同意いたします。

氏名

印

（代筆者氏名

印