

障害者グループホーム南青山（精神障害者）利用申請者調書

氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別： 歳
住所	港区				電話番号	()			
精神障害者 保健福祉手帳	1・2・3 級				診断名				
身体障害者手帳	種 級				障害名				
愛の手帳	1・2・3・4 度				障害支援区分		区分 1・2・3・4・5・6・非該当		
障害年金	□1級 □2級 □3級 □申請中				月収 ※		金 円		
生活保護	□受給している □受給していない				※月収には、障害年金、福祉手当その他の金銭的な給付を含みます。 ※数か月ごとに支給される収入の場合は、平均月収を記載してください。				
心身障害者福祉手当額	□金 15,500 円/月 □金 7,750 円/月								
特別障害者手当等	□受給している □受給していない								
家族	氏名		同居 別居	続柄	生年月日	職業	住所		備考
			同居 別居						
			同居 別居						
			同居 別居						
	成年後見制度		□利用している □利用していない						
	【その他特記事項】								
希望	入居の意向、3年後の生活の希望など								
性格	長所・短所など								
医療	病名（主たる疾患）								
	病院名・主治医						連絡先		
	入院・治療歴						発症時期		

医療	薬の種類					
	服薬の方法・量					
	通院の頻度・理由					
	アレルギー（食事制限）					
	病院受診		□ 体調不良のときは、自ら受診する □ 体調不良のときは、周囲からの助言があれば受診する □ 体調不良であっても、受診せずに様子を見る			
	その他 治療中の病気など					
趣味	スマートフォン・タブレット・インターネット・テレビ・音楽・読書・映画・買い物など					
喫煙	□あり ・ □なし 頻度（1か月 本程度）		飲酒	□あり ・ □なし 頻度（1週間 日程度）		
その他	グループホームへの入居状況 □ 有（□滞在型 □通過型 入居 年目） □ 無 ※有の場合は、個別支援計画を添付資料として提出してください。					
	相談相手、交友関係、宗教的配慮など					
職歴	期間		内容			
就労	職業経験	□なし ・ □あり		就労希望	□なし ・ □あり	
日中活動 通勤通所	通勤先 (通所先)			所在地		
	連絡先	電話 ()		通所(勤)先 までの時間	時間 分	
	通勤(所)先 業務内容			通勤(所) 方 法		
	通勤(所) 頻 度			勤 務 時 間		
	特記事項					