

利用申込書

申込日： 年 月 日

クライスハイム高輪 宛

何れかの方法で送付下さい

郵 送：〒210-0005

神奈川県川崎市川崎区東田町 11-27

メットライフ川崎ビル 6F

ミナノワ株式会社

メール：info@minanowa.co.jp

F A X：044-244-5783

申込者（連絡先）

住所	〒 ー
氏名	続柄（ ）
電話	（ ）

共同生活援助（障がい者グループホーム）の利用について、次のとおり申し込みます。

利用希望者の状況	(フリガナ)		性別		身体障害者手帳（ ）	
	氏名		男・女	手帳種別	療育手帳（ ） 精神障害者保健福祉手帳（ ）	
	生年月日	年 月 日（ 歳）	障がい支援区分	無・1・2・3・4・5・6・申請中		
	現住所	〒 ー				
	現況	☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 施設や病院に入っている ※「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地： _____				
	医療状況	【現在治療中の病気・通院先等】				
	日中活動	【現在の日中の過ごし方について】				
	入居希望理由					
	その他					
相談支援専門員		氏名		連絡先	（ ）	
		事業所名				

■個人情報使用同意確認欄

利用希望者に関する必要な情報を、関係機関より取得及び使用することについて同意します。

氏 名 _____ 続柄（ ）

□には✓チェックを付けて下さい

身長	cm	体重	kg	血液型	型
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 ☐ 話すことは難しい				
意思の伝達	☐ できる ☐ 時々できる ☐ あまりできない ☐ ほとんどできない				
理解度	☐ 問題なし ☐ ある程度相手の言葉が理解できる ☐ ほとんど分からない				
読み書き	☐ できる ☐ 少しはできる ☐ ほとんどできない				

支援内容						特記事項
起床介助	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
移乗介助	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
着替え	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
整容・洗面	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
排泄介助	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
車椅子移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
歩行移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
食事介助	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
入浴介助	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
就寝介助	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
体位交換	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
掃除	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
洗濯	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
洗濯物干し・取込	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
洗濯物収納	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
整理整頓	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
買い物	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
服薬	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
金銭管理	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
スケジュール管理	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
外出	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	
通院付添	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 不明	

その他、必要な支援

ご本人の性格、こだわり行動など

自傷行為	☐ 無し	☐ 有り (どのような：) 具体的な対応方法
他害行為	☐ 無し	☐ 有り (どのような：) 具体的な対応方法

お酒	☐ 飲まない	☐ 飲む(どのくらい：)
たばこ	☐ 吸わない	☐ 吸う(どのくらい：)
アレルギー	☐ 無し	☐ 有り(どのような：)