

申込日 令和 年 月 日

入所申込書

記入者 〒

住所

障害者支援施設

氏名

印

湖水園 様

(申込者との関係)

電話

申込者の状況	ふりがな							昭和		
	氏名	男	生年月日	平成	年	月	日	満	歳	
	住所	〒 -								
	障害福祉サービス受給者証	障害支援区分	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	※該当する区分に○を記入	
		受給者証番号							支給市町村	
		認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日				
	障害の種別	手帳等	<input type="checkbox"/> 知的障害 (療育手帳 <input type="checkbox"/> 有【判定】 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 精神障害 (障害者手帳 級) <input type="checkbox"/> 身体障害 (身体障害者手帳 種 級)							
	現在の状況									
	入所を希望する理由									
	現在利用中のサービス等									
	年金・手当等	(種別)								(支給年額)
		(種別)								(支給年額)
		生活保護受給	有・無							
医療機関の受診状況	※現在受診している医療機関名・病名などを記載してください。									
連絡先	ふりがな									
	氏名	男	申込者との続柄							
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※申込者と同居の場合、住所は不要です。 〒 -								
									(※必須) 電話番号 - -	

生活状況	氏名					
	現在の住まい	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ※その他の内容 ()				
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 食事制限 ()				
		副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 ()				
	利用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 特殊食器 ()				
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()				
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()				
	会 話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ()				
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 ()					
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 ()					
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()					
行動障害	強いこだわり	※頻度や内容を記入				
	多 動					
	自傷行為					
	暴言・暴力					
	異 食					
	無断外出					
	その他					
医療	既往歴					
	服薬状況					
	特別な医療行為の有無					
家族の状況	※1～3については、入所決定後に緊急連絡先として登録できる方を記入してください。					
		氏名	年齢	性別	続柄	主たる介護者に○ 同居の有無
	1					同居・別居
	2					同居・別居
	3					同居・別居
	4					同居・別居
	5					同居・別居
その他						