

※該当項目に☑を入れてください。

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

FAX : 022-268-0509
 TEL : 022-268-0501

共同生活援助(グループホーム)
 セイフティハウス

【入居相談シート】

入居希望者	(フリガナ)	-----		昭和	平成	※○で囲んでください					
	氏名	様	生年月日	年	月	日	(歳)			
	性別	(男性・女性)	血液型	(ABO式 :	型)					
	電話番号	①固定電話		②携帯電話							
	住所	①(※自宅) 〒 -		宮城県							
		②(※病院・施設入所の場合) 〒		宮城県							
	障害手帳	<input type="checkbox"/>		精神障害者保健福祉手帳		(等級 : 級)					
		<input type="checkbox"/>		療育手帳		(判定 : <input type="checkbox"/> A重度 <input type="checkbox"/> Bその他)					
		<input type="checkbox"/>		身体障害者手帳		(等級 : 級) (障害名 :)					
	受給者証	<input type="checkbox"/>		障害福祉サービス受給者証		(区分 : 0 1 2 3 4 5 6)					
<input type="checkbox"/>		自立支援医療受給者証		(備考)							
<input type="checkbox"/>		生活保護受給証									
<input type="checkbox"/>		心身障害者医療費受給者証									
医療機関	(フリガナ)	-----		(フリガナ)	-----						
	主治医	様	病院名								
	住所	〒		電話番号	-	-					
	現病歴/ 既往歴	①		(S ・ H 年 月 発症)							
②		(S ・ H 年 月 発症)									
③		(S ・ H 年 月 発症)									
所得状況	収入種別	<input type="checkbox"/>		就労給与 (万円 /月)		(事業所名:)					
		<input type="checkbox"/>		年金収入 (万円 /月)		(種類/級:)					
		<input type="checkbox"/>		生活保護 (万円 /月)		(昭和/平成 年 月開始)					
		<input type="checkbox"/>		その他 (万円 /月)		()					
希望地域等	圏域	<input type="checkbox"/>		泉区		<input type="checkbox"/>		青葉区		同居者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄 :)	
		<input type="checkbox"/>		太白区		<input type="checkbox"/>		若林区		身元引受人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄 :)	
		<input type="checkbox"/>		宮城野区		<input type="checkbox"/>		その他		入居希望日 平成 年 月 日 頃	
生活状況等	活動・健康・嗜好等	①日中活動・外出		<input type="checkbox"/>	している	<input type="checkbox"/>	していない	(理由:)			
		②買物・調理		<input type="checkbox"/>	できる	<input type="checkbox"/>	できない	(理由:)			
		③金銭管理		<input type="checkbox"/>	できる	<input type="checkbox"/>	できない	(理由:)			
		④服薬管理		<input type="checkbox"/>	できる	<input type="checkbox"/>	できない	(理由:)			
		⑤買物		<input type="checkbox"/>	できる	<input type="checkbox"/>	できない	(理由:)			
		⑥タバコ		<input type="checkbox"/>	あり	⇒	本数/日 (本)	※禁煙予定 <input type="checkbox"/>		あり	
		⑦飲酒		<input type="checkbox"/>	あり	⇒	種類/量 ()	※禁酒予定 <input type="checkbox"/>		あり	
		⑧健康状態		<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	治療中 (月の受診頻度:)				

会社・施設・拘留・禁錮・懲役歴等	入(社)		退(社)		会社(施設等)名称	入退社等の理由
	年	月	年	月		
①	S・H		S・H			
②	S・H		S・H			
③	S・H		S・H			
④	S・H		S・H			
⑤	S・H		S・H			

相談支援事業所	名称	
	担当氏名	様 (電話番号:) (役職名:)

①身元引受人	住所	
	(フリガナ)	(携帯電話:)
	氏名	様 (続柄:)
②身元引受人	住所	
	(フリガナ)	(携帯電話:)
	氏名	様 (続柄:)
③身元引受人	住所	
	(フリガナ)	(携帯電話:)
	氏名	様 (続柄:)

支援機関等	名称・氏名	所在地	電話番号	続柄

備 考	<p>※各項目欄に書き切れない場合は、備考欄にご記入をお願い致します。 ※ご記入有難うございました。 FAX : 022-268-0509</p>
-----	--

