

※該当項目に☑を入れてください。

NPO法人京都「こうでねいと」

申込日

平成

年

月

日

FAX : 075-756-2090

共同生活援助(グループホーム)

TEL : 075-756-2090

セイフティハウス

【入居相談シート】

入居希望者	(フリガナ)		生年月日	昭和・平成(※○で囲んでください)	
	氏名	様		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) 〒 -			
		②(※病院・施設入所の場合) 〒 -			
	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		( 備考 )		
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証				
	<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"/> 京都市 ( 区 )	同居者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 続柄 : )
		<input type="checkbox"/> 京都府 ( )	身元引受人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 続柄 : )
		<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 : 075-756-2090</p>
----	--