

グループホーム ハイム木もれ陽・ハイム陽気・ハイム陽春・ハイムあさ陽

入居申込書

※希望する施設名を○で囲んで下さい

記入日 令和 年 月 日

ふりがな					
氏名		男・女	生年月日	年	月 日
住所	〒 電話				
身元引受人 (緊急連絡先)	ふりがな	続柄等 ( )			
	氏名	電話			
	住所				
治療状況	精神科医療機関			主治医	
	受診状況	通院 ( / 週)	入院中	診断名	
	他科医療機関	( 科)		診断名	
	( 科)		診断名		
担当区	区	保健福祉センター	担当者		
		生活支援課 (生活保護受給者のみ)	担当者		
計画相談	事業所名	所在地			
就労・通所先	事業所名	所在地			
保険区分	国民健康保険	社会保険	生活保護	障害者手帳	有 ( 級) 無 申請中
自立支援医療	有	無	申請中	障害支援区分	有 (区分) 無 申請中
経済状況	給与	障害年金 (基礎・厚生 級)	生活保護	仕送り	その他 ( )
入居希望理由					
入居後の目標					
グループホームへの要望					
得意なこと (特技・資格)	苦手なこと				
その他 (自由記入欄)					

# 社会福祉法人 陽だまりの会 グループホーム

## 医師の意見書

精神障害者グループホームの利用を希望する者	住所					
	氏名		性別	男・女	生年月日	
病名	①主たる精神障害 ②従たる精神障害 ③身体合併症					
病歴	入院	過去	回数	程度	通算	年位
		前回入院期間	年	月	～	年 月
	通院	1カ月当たり 日位通院(直近について記載)				
最近の病状又は状態像						
精神障害者グループホーム 利用時の留意事項	必要通院日数					
	共同生活について	①可能 ②条件を整えば可能( )				
	生活指導の 必要性について	①なし ②ほとんど不要 ③時々必要 ( )				
	昼間作業の 適正について	①職業訓練( ) ②作業訓練( )				
(その他参考となる意見)						
年 月 日		医療機関所在地				
		名 称 _____				
		電 話 _____				
		医師氏名 _____ (印)				

注 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。

# 社会福祉法人 陽だまりの会 グループホーム

## 入居に関するワーカー意見書

記入日 令和 年 月 日

入居希望者氏名		
出生歴・生活歴等		
家族状況		家族構成
病歴・入院歴等		
職 歴		
その他 参考意見		
記入者	所在地	電話番号 氏名