

FAX 052-758-0181 ホームフキノトウ (GH)
 052-791-5011 ワークスタケノコ (B型)

整理番号	
------	--

入所申込書

基本状況	フリガナ	希望施設	希望の施設に○を記入してください (複数可)		
	入所希望者氏名	申請日	ホームフキノトウ	ワークスタケノコ	
現住所	〒 -	性別	年 月 日		
申込者		生年月日	S・H 年 月 日		
現住所	〒 -	電話番号 () -			
家族構成		続柄			
		電話番号 () -			
		記入例	<p>男□ 女○ 本人は二重線</p>		
		同一世帯を○で囲んでください。			

障害・身体の状態

身長	c m	体重	k g	体格	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 痩せ
療育手帳	A・B・C (名古屋 1・2・3)		障害名		区分判定		
身障手帳	種 級		障害名				
精神保健	級		障害名				

健康状況

現疾患	有 () ・ 無	かかりつけ医	病院 科				
既往歴	感染症 無 ・ 有 ()						
アレルギー	有 ・ 無	内容					
発作	有 ・ 無	服薬内容 薬情添付も可	朝	昼	夕	眠前	その他
	発作時の様子等						

入所希望の理由

時 期	早急 ・ 平成 年 月までに	申込予定	貴施設のみ・他にも申し込む (方所)				
申 込 理 由							

虐待防止法における虐待の事実があり、緊急性がある。
 本人の障害の状況により、在宅及び通所施設での生活が困難である。
 支援者がいない、または支援者が入院等で支援ができない。
 支援者が高齢、疾病、育児、別居等の為、支援が困難
 施設や病院から退所・退院を求められているが、自宅での生活が困難。
 その他の理由

日常生活動作

項目	内 容	援 助	介助内容
移動	歩行・杖・歩行器・車いす・寝たきり	自立・一部介助・全介助	
食事形態	主食：普通・粥・ミキサー 副食：普通・一口大・刻み・極刻み・ミキサー	自立・一部介助・全介助	
食事方法	箸・スプーン・フォーク	自立・一部介助・全介助	
排泄	トイレ・尿器・パッド・おむつ・カテーテル	自立・一部介助・全介助	
入浴	普通浴・リフト・特殊浴	自立・一部介助・全介助	
着衣	選択：自力・援助 動作：自力・援助	自立・一部介助・全介助	

身体状況

視力	普通・コンタクト・眼鏡・見えない	自立・一部介助・全介助	
聴力	普通・補聴器等・聞こえない	自立・一部介助・全介助	
会話	普通・ある程度・2～3単語程度・困難	自立・一部介助・全介助	
文字	普通・簡単なもの・読み書き不可	自立・一部介助・全介助	

健康・精神状況

精神状態	安定 ・ 不安定 幻覚・幻聴・興奮・他害・自傷	自立・一部介助・全介助	
問題行動	<input type="checkbox"/> 落ち着きがなく、無意味に動き回る <input type="checkbox"/> 他者を叩いたり、噛んだり等乱暴な行為がある <input type="checkbox"/> 物を壊したり、衣類を破ったりする <input type="checkbox"/> 自分を叩いたり、噛んだり、自分を傷つける行為がある <input type="checkbox"/> 物を貯めこむ、収集する行為がある <input type="checkbox"/> 他者の物がほしくなってしまうことがある その他の行為について		

生育歴等（出生から現環境に至るまで）