

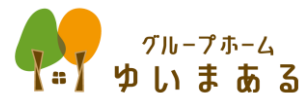
ゆいまある入居申込書兼フェイスシート（表）

□本入居
□体験

申込日： 年 月 日

GHゆいまあるの入居申込にあたり、以下情報を提供するとともに、

GHゆいまあるが入居審査に必要な情報を関係機関から取得及び使用することに同意します



入居希望 ホーム名			入居希望時期	令和__年__月頃	
ふりがな			生年月日		
本人氏名	(代筆者名：)		☐ 男性 ☐ 女性	☐ 昭和 ____年__月__日 ☐ 平成 (__歳)	
現住所	(〒 -)		電話番号 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他 () メール @		
緊急 連絡先	氏名			続柄	
	住所	(〒 -)		電話番号 ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他 () メール @	
身元引受人	□なし □あり 氏名：		後見人等	□なし □あり 氏名：	
入居の動機					
障がい名					
障害支援区分	□申請中 □なし □1 □2 □3 □4 □5 □6 □不明				
手帳	☐ 有 ☐ 無 ☐ 身体障がい手帳(__級) ☐ 療育手帳(程度： __) ☐ 精神保健手帳(__級)				
障がいの状況					
既往歴	(病名)		医療機関		
	(病名)		医療機関		
アレルギー					
身長	__cm	体重	__kg	運動習慣	□あり() □なし
起床・入眠	起床__時頃	入眠__時頃	お酒	□飲む □飲まない	たばこ □吸う □吸わない

家族構成

氏名（ふりがな）	続柄	住所（別居の場合にご記入ください）
		☐ 同居 ☐ 別居→
		☐ 同居 ☐ 別居→
		☐ 同居 ☐ 別居→

保険

健康保険	□国保 □健保 □生保 □その他()	介護保険	□利用あり □利用なし
有効期限	__年__月__日 まで	医療費	□自己負担 □自立支援医療(負担額上限__円)

入居後収入

□障害基礎/厚生年金(月額__円)	□生活保護(月額__円)	□その他年金(月額__円)
□就労収入(月額__円)	□家族援助(月額__円)	□その他(__ 月額__円)

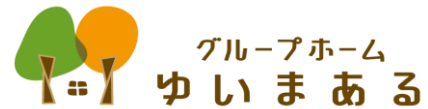
関係機関

主治医	病院名：	科：	医師名：
	住所： 〒 -		
	電話：(病院)	(携帯)	(FAX)
担当ケース ワーカー	機関名： 氏名：		
	電話：(機関) (携帯) (FAX)		

ゆいまある入居申込書兼フェイスシート（裏）

申込日： 年 月 日

ふりがな	
本人氏名	



活動状況

現在の日中活動先	(※未定の場合は入居後の希望活動場所等) ☐ あり () ☐ なし	その他利用中のサービス	
活動日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 計週____回 活動時間：____時～____時 特記事項()		
送迎の有無	☐ 自力通所 (利用できる交通手段→ ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ 電車) ☐ 通所先の送迎利用 ☐ ヘルパーの送迎利用 ☐ その他()		
日中活動に行かない日の支援の必要性	☐ 不要 (一人で過ごせる) ☐ 必要 (具体的にご記入ください)		
土日祝の過ごし方			
服薬状況	☐ なし ☐ あり (具体的にご記入下さい)		
医療的ケア	☐ なし ☐ あり (具体的にご記入下さい)		
金銭管理	☐ 不要 ☐ 必要 (既に他の機関や親族に依頼中) ☐ 必要 (GHゆいまあるに依頼)		

GHゆいまあるで特にお手伝いや見守りが必要なことにチェックを入れてください

☐ 起床介助	☐ 移乗介助	☐ 着替え	☐ 身だしなみ	☐ 洗面	☐ 歯磨き	☐ 排せつ介助
☐ 車椅子移動	☐ 歩行移動	☐ 食事介助	☐ 入浴介助	☐ 就寝介助	☐ 体位交換	☐ 夜間支援
☐ 掃除	☐ 洗濯	☐ 洗濯干し	☐ 洗濯物収納	☐ 整理整頓	☐ 買い物	☐ 服薬
☐ 鍵の開閉め	☐ 電話連絡	☐ 金銭管理	☐ 予定確認	☐ 外出	☐ レク・余暇	☐ リハビリ
☐ 通院付添い	☐ その他 ()					

心身の状態

--

将来の希望や目標

--

GHゆいまあるへの要望や知っておいてほしいことなど

--

【送付先】メールの場合：k_hirata@harvest26.com FAXの場合：072-369-4879

郵送の場合：各ホーム管理者宛にお送りください。

※添付書類：①健康保険証 ②障がい者手帳（又は医師の診断書） ③受給者証 ④自立支援医療証 ⑤お薬手帳のコピー