

# 共生型グループホーム白山の里 障がいグループホーム利用申込書

|               |   |                 |  |
|---------------|---|-----------------|--|
| 申 込 年 月 日     | 平成 年 月 日  |                 |  |
| 利 用 者 氏 名     |   |                 |  |
| 生 年 月 日       | 昭和・平成 年 月 日生 歳  |                 |  |
| 利 用 者 住 所     | 〒   | TEL             |  |
| ご 家 族 等 連 絡 先 | 〒   | TEL             |  |
|               | 氏名( ) 続柄( )   |                 |  |
| 障 害 程 度       | 療育手帳(A・B)<br>身体障害者手帳( 級)<br>精神障害者保健福祉手帳( 級)<br>障害基礎年金等級( 級)<br>その他( ) | 疾 病 及 び 服 薬 状 況 |  |
| 日 中 活 動 の 場   | (通所施設・学校名等)   |                 |  |

※ お申込みの際は、お持ちの各種手帳の写しを添付ください。

下記質問に、お分かりになる範囲でお答え下さい。

|          |  |
|----------|--|
| 身体状況     | 身長 cm 体重 kg 血液型 型  |
| 病 院      | 通院中(病院名: ) ・ 通院していない<br>(病院名: )                          |
| かかりやすい病気 | ① 下痢しやすい ② 熱を出しやすい ③ 風邪をひきやすい<br>④ 自家中毒 ⑤ じんましん ⑥ その他( ) |
| アレルギーの有無 | 有( ) 無   |
| 睡 眠      | ① 夜泣きする ② 夜騒ぐ ③ 夜尿がある<br>④ 一人で寝ることができる ⑤ 寝る時刻( 時頃)       |

■提供されるサービスについてのご要望、ご利用者について知っておいてほしいことなど  
ご記入下さい。

---



---



---