グループホーム野駄の家　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	〒 氏名（　　）続柄（　　）	TEL	
障害程度	療育手帳（A ・ B） 身体障害者手帳（　　級） 精神障害者保健福祉手帳（　　級） 障害基礎年金等級（　　級） 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 （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 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 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。

特定非営利活動法人里・つむぎ八幡平　　TEL0195-75-2310　FAX0195-68-7733