

社会福祉法人うしおだ
 ハイムさつき 入居申込書

記入日 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名					
住所	〒 電話				
緊急連絡先	ふりがな 氏名 続柄() 住所 電話				
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) (科)		診断名 診断名	
日中活動先	名称 活動曜日 月 火 水 木 金 土 不定期				
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
障害支援区分	区分 1 2 3 4 5 6 申請中(月 日申請)				
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					
得意な事			苦手な事		
その他(自由記入欄)					

社会福祉法人うしおだ
ハイムさつき 日中活動先等機関意見書

記入日 年 月 日

氏名	
現在までの様子(活動状況、ご本人の特徴等ご記入ください)	
留意事項(不調時の対応、配慮する要点等をご記入ください)	
支援方針	
申し込みについての意見	
グループホームへの要望等	

記入者	氏名		職種	
	所属機関		電話	

社会福祉法人うしおだ
ハイムさつき 医師の意見書

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	年	月
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 病院名					
	通 院	1ヶ月当たり 日位通院(直近についての記載)					
最近の病状又は状態							
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 が 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 ()					
(処方内容等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 _____