



AMANEKU短期入所利用申込書兼フェイスシート（表）

あまねく
AMANEKUの利用申込にあたり、以下情報を提供するとともに、申込日：令和 年 月 日
あまねく
AMANEKU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。

Wordデータ
をダウンロード
頂けます→



| | | | | | |
|--------------|--|--------|--|--|---|
| 入居希望 ホーム名 | AMANEKU <u>〇〇</u> | | 入居希望時期 | 令和 年 月 頃 | |
| ふりがな | | | | | |
| 本人氏名 | (代筆者名：) | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 (歳) | |
| 現住所 | (〒 -) | | 電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () メール @ | | |
| 緊急 連絡先 | 氏名 | | | 続柄 | |
| | 住所 | (〒 -) | | 電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () メール @ | |
| 身元引受人 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 氏名： _____ | | 後見人等 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 氏名： _____ | |
| 入居の動機 | | | | | |
| 障がい名 | | | | | |
| 障害支援区分 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 不明 | | | | |
| 手帳 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体障がい手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(程度：) <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし |
| 起床・入眠 | 起床 時頃 | 入眠 時頃 | お酒 | <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない | たばこ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 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) |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→ |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→ |
| | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→ |

保険

| | | | |
|------|---|------|---|
| 健康保険 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他() | 介護保険 | <input type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし |
| 有効期限 | _____年_____月_____日 まで | 医療費 | <input type="checkbox"/> 自己負担 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(負担額上限 _____円) |

入居後収入

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 障害基礎/厚生年金(月額 _____円) | <input type="checkbox"/> 生活保護(月額 _____円) | <input type="checkbox"/> その他年金(月額 _____円) |
| <input type="checkbox"/> 就労収入(月額 _____円) | <input type="checkbox"/> 家族援助(月額 _____円) | <input type="checkbox"/> 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) _____ |

AMANEKU短期入所利用申込書兼フェイスシート（裏）

申込日：令和 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) <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | その他利用中のサービス | |
| 活動日 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 計週__回 活動時間：__時～__時 特記事項() | | |
| 送迎の有無 | <input type="checkbox"/> 自力通所 (利用できる交通手段→ <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車) <input type="checkbox"/> 通所先の送迎利用 <input type="checkbox"/> ヘルパーの送迎利用 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 日中活動に行かない日の支援の必要性 | <input type="checkbox"/> 不要 (一人で過ごせる) <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的にご記入下さい) | | |
| 医療的ケア | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的にご記入下さい) | | |
| 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (既に他の機関や親族に依頼中) <input type="checkbox"/> 必要 (AMANEKUに依頼) | | |

AMANEKU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

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

心身の状態

| |
|--|
| |
|--|

将来の希望や目標

| |
|--|
| |
|--|

AMANEKU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：soudan@amaneku-home.jp FAXの場合：050-3385-5021

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