

# 医療支援型グループホーム博愛 入居申込み

枠内の記入をお願いします。

住所	〒	
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
年齢	歳	
性別	男 ・ 女	
現在の生活場所 (自宅・療養介護事業所(医療センター)・障害児入所施設)		
※上記は、グループホームを利用されたい方について記載してください。		
家族構成 (氏名・年齢・利用希望者との続柄・同居別居の別について記入もお願いします。)		
入居希望日または入居可能日 令和5年 月 日		
申し込み理由 (自宅でのケアが困難、地元で生活させたいなど、ご家庭における事情等についてご記入ください)		
主たる介護者の状況 (次の項目に当てはまる場合は、該当項目に○印をつけてください)		
<ul style="list-style-type: none"><li>・就労中 (生計を維持するために仕事に従事している場合)</li><li>・育児中 (未就学児の世話をしている場合)</li><li>・病弱で介護が困難 (介護者自身が介護認定を受けている、または療養中等のため、利用希望者への介護ができないことが多い場合)</li><li>・他にも介護をしている (利用希望者以外にも病弱者等の介護や世話をしている家族がいる場合)</li></ul>		
必要な医療的ケア (該当する項目にチェックを入れてください)		
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 吸引 (口・鼻腔・気管内吸引)	<input type="checkbox"/> ネブライザーの管理
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理	<input type="checkbox"/> 皮下注射
<input type="checkbox"/> 血糖測定	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 継続的な透析
<input type="checkbox"/> 排便管理	<input type="checkbox"/> 痙攣時の座薬挿入・吸引・酸素投与・迷走神経刺激装置の作動時の処置	
連絡先 (氏名・電話番号(日中つながる番号)・e-mailアドレスを記入してください)		
氏名:		
電話:	e-mail:	
※ご家庭での様子や主たる介護者の方の状況等についてお聞きすることがあります。		

併せて、提出をお願いしたい書類

- 住所が確認できるもの
- 障害支援区分が確認できるもの