令和　　年度　　様式 1

地域活動ホーム登録申込書

年　　月　　日

社会福祉法人 藤沢市社会福祉協議会会長

社会福祉法人藤沢市社会福祉協議会地域活動ホーム運営要綱及び地域活動ホーム利用についての注意事項を順守のうえ、利用登録の申し込みをいたします。

（申込者）　住 所　〒

ふりがな
氏 名

（利用者との関係）

電 話

FAX

ふりがな 利用者氏名		性別 男 女	生年月日 西暦　年　月　日 呼び名		年齢	
通所・通学先			学年等		血液型	A B O AB RH ＋ RH －
療育手帳 程度 A1 A2 B1 B2			家族構成	氏名（利用者を除く）		続柄
身体障害者手帳 級 第 種						
掛かりつけの病院名 TEL						
主な緊急連絡先 連絡先 TEL						

身辺自立の程度及び介助について（どのくらい、どのように介助が必要か）

食 事	□介助不要 □要介助 ⇒ 介助方法 ※ 食後等の常用薬 □ 無 □ 有 ⇒ 留意点
着 脱	□介助不要 □要介助 ⇒ 介助方法
移動・歩行	□自力で移動可 ⇒ 移動方法 □歩行 □ 車椅子（電動・手動） □ その他 （ ） □要介助 ⇒ □車椅子（電動・手動） □ その他

排　泄	□ 介助不要　※ 生理 □ 無　□ 有 ⇒ 留意点 □ 要介助 ⇒ 介助方法 □ オムツ、パット使用 留意点

コミュニケーションの方法・意思表示について

好きなこと・興味の対象・遊びなど

障がいによる行動上の特徴及び身体的・情緒的留意点など

※発作 □ 無　□ 有 ⇒ 発作の状態と対処法

健康状態・緊急を要する状態等（平熱　　℃）

現在、利用されているサービス内容や事業所名をご記入ください。

上記以外に気をつけてほしいことなどございましたらご記入ください。

この登録申込書に記載された内容については、地域活動ホームの利用以外に一切使用いたしません。

登録申込には下記の書類等を添付してください。

□ 健康保険証の写し　□ 登録料 2，000円　□ 本人の写真

□ 重度心身障害者医療助成(障) を受けている方はその写し

□ 各種障害者手帳の写し（療育手帳など）