

変 更 届

特別養護老人ホーム 御桜乃里 施設長 様

先に提出した「指定介護老人福祉施設入所申込書（特別養護老人ホーム）」の内容に変更がありましたので届け出ます。

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| 入所希望者氏名 | | 変更届出年月日： 平成 年 月 日 | |
| 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | |
| 住 所 | 〒 _____ (TEL _____) | | |
| 現在の居所 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 (_____) 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から) | | |
| 特別な医療的対応 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |
| 認知症等による問題行動 | <input type="checkbox"/> 該当なし <hr/> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> そ の 他 (_____) <hr/> <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度 | | |
| 介護者の状況 | ふりがな | 性 男 生年 明・大・昭 続 | |
| | 氏 名 | 別 女 月日 (歳) 柄 | |
| | 居住関係 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所： _____) 入所希望者宅までの所要時間 (_____ 分) | |
| | 就労状況 | <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度) | |
| | 健康状態 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 (_____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 (_____) ・要入院加療 (_____ か月程度・病名 (_____) | |
| | 身体状況 | <input type="checkbox"/> 障害有 (_____ 級・障害の種類： _____) <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> 無 | |
| 他に対応を要する家族の有無 | <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (_____ 級・種類： _____) | | |
| 介護協力者の有無 | <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない | | |

※ 変更があった箇所のみご記入ください。裏面もご記入下さい。

【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書き下さい】

【施設使用欄】