

変 更 届

特別養護老人ホーム 愛生苑
 地域密着型特別養護老人ホーム 愛生苑 施設長 様

先に提出した「ユニット・従来型指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入居申込書」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	3 ・ 4 ・ 5 （ 1 ・ 2 ）		
住 所	〒 ー (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 <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 () (問題行動の起きる頻度にもし印を付けてください)		
	<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 (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。

入所の必要度を評価する基準及び変更届について

※ 入所の判断基準として、要介護度のほかに認知症の状態、介護する方の有無やその状況、居宅サービスの利用状況その他居宅生活における困難性等を総合的に判断することとしています。このため、下記の事項について変化、変更があった場合は、ご連絡をいただくか、改めて入所申込をお願いいたします。

★ 入所の必要度を評価する基準

次の事項について総合的に勘案した上で、入所に係る優先順位を決定します。

① 要介護度、認知症による問題行動

要介護認定の結果に通知されている要介護度及び入所申込書にご記入いただいた認知症の状態

② 主たる介護者の状況

入所を希望される方を主に介護されている方の健康状態や就労状況などの状況

③ 介護協力者等の状況

主たる介護者の協力者の有無や他の家族の状況

-----切り取り線-----

入所申込取下書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 愛生苑
地域密着型特別養護老人ホーム 愛生苑 施設長 様

下記の事由にて入所申込を取り下げます。

・死亡による 平成 年 月 日死去

・他の老人ホームに入所したことによる

入所施設名 ()

入所年月日 平成 年 月 日

・その他 []

入所希望者氏名 _____

入所申込取下申請者名 _____ 印 入所対象者との続柄 _____

連絡先 〒462-0011 名古屋市北区五反田町108番地の2

TEL 052-901-7621

FAX 052-901-7911