

# 変 更 届

瀬古第一マザー園 施設長 様

先に提出した「指定介護老人福祉施設入居申込書（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。

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| 入居希望者氏名       |  | 変更届出年月日：<br>令和 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<br><input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている<br>施設又は病院名 ( )<br>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<br><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<br><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 ( )   |  |  |
| 認知症等による行動障害   | <input type="checkbox"/> 該当なし<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>(行動障害の起きる頻度にもレ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： )<br>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 )<br>・入院していないが継続的な治療を要する・病名 )<br>・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 1・2 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)<br><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)<br><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)<br><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<br><input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる<br><input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる<br><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。