

変 更 届

特別養護老人ホーム オレンジタウン笠寺 施設長 様

先に提出した「ユニット型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： 令和 年 月 日 | | | | | |
| 要介護度 | 3 ・ 4 ・ 5 (1 ・ 2) | | | | | | |
| 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 (平成 ・ 令和 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 () | | | | | | |
| 認知症等による行動・心理症状 (行動・心理症状の起きる頻度にもレ印を付けてください) | <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 () | | | | | | |
| | <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 | 年 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) <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。