

# 変 更 届

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： 平成 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 (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 ( )	
認知症等による行動・心理症状 <small>(行動・心理症状の起きる頻度にもレ印を付けてください)</small>	<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 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。