

変 更 届

特別養護老人ホーム 内田橋清涼苑 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	自宅で一人暮らしをしている 自宅で家族と暮らしている 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	なし 経管栄養 胃ろう 在宅酸素療法 インシュリン注射 人工透析 人工肛門 バルーンカテーテル その他 ()		
認知症等による行動障害	該当なし 徘徊 不潔行為 不穏行動 自傷行為 暴力行為 昼夜逆転 異食行動 火の不始末 被害妄想 (行動障害の起きる頻度にもし印を付けてください) その他 ()		
	ほとんど毎日 週3～4回程度 週1～2回程度 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	同居 別居 (住所：) 入所希望者宅までの所要時間 (分)	
	就労状況	就労していない 就労している (週 日、週 時間程度)	
	健康状態	健康 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	障害有 (級・障害の種類：) 無	
	要介護度	有 (要支援・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 無	
	他に対応を要する家族の有無	育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) 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) 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) 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	同居親族に協力者がいる 同居以外の親族に協力者がいる 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる 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。