

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	続柄	
	氏名					年 月 日		()歳
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:) 入所希望者までの所要時間(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)						
	健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・慢性疾患で定期的に通院中 (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						
	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"/> 育児に必要な家族がいる(子供の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看護(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)							
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							

入所希望者の親族の状況

同居又は別居の家族 (入所希望者本人については記入不要です)					
氏名	同居・別居	生年月日	大・昭・平・令	続柄	
			年 月 日		就労状況
氏名	同居・別居	生年月日	大・昭・平・令	続柄	
			年 月 日		就労状況
氏名	同居・別居	生年月日	大・昭・平・令	続柄	
			年 月 日		就労状況
氏名	同居・別居	生年月日	大・昭・平・令	続柄	
			年 月 日		就労状況
氏名	同居・別居	生年月日	大・昭・平・令	続柄	
			年 月 日		就労状況

主治医等に関する状況

主治医	(病院名)	
	(医師名)	
	(住所)	(〒 -)
	(電話番号)	
担当介護 支援専門員	(事業所名)	
	(介護支援 専門員氏名)	
	(住所)	(〒 -)
	(電話番号)	

施設 記入 欄	
---------------	--

* 施設記入欄は施設側で記入いたします。空白にしておいてください。

入所希望者状況変更届

特別養護老人ホーム久遠苑 施設長殿

令和 年 月 日

先に提出した「指定介護老人福祉施設入所申込書」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			電話番号						
住所	〒 ー								
介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5								
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"/> インスリン注射 <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								
精神状況 <small>(問題行動の起きる頻度にも✓を付けて下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他() <small>(症状)</small> <input type="checkbox"/> 新しい記憶困難 <input type="checkbox"/> 場所等がわからなくなる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> オムツ外し等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 何でも食べてしまう <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> その他								
	<small>(頻度)</small> <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								
主たる介護者の状況	ふりがな			性別	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明年 <input type="checkbox"/> 大月 <input type="checkbox"/> 昭日 (歳)	続柄	
	氏名								
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (〒 ー) <small>住所</small>		<small>自宅電話</small>		<small>携帯電話</small>			
	就労関係	<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)							
	健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・慢性疾患で定期的に通院中(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							
	介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 ・ 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 無							
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児が必要な家族がいる(子供の年齢 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が必要な家族がいる(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"/> 同居家族に協力者がいる <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								
届出者	住所	〒(ー)		TEL					
	氏名			印		続柄			

* 変更があった箇所のみご記入ください * 介護度の変更の場合は介護保険証の写しも添付してください