

| | | | | | |
|-------------|-------|---|---|---|--|
| 入所希望者の状況の変更 | 食事 | 状態 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 | | |
| | | 食事形態 | 主食 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | | 副食 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 排泄 | 嚥下 | <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | |
| | | 状態 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | | 尿意 | 尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない | | |
| | | 便意 | 便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない | | |
| | | 下着 | <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パッド(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) | | |
| | 入浴 | 場所 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 状態 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | | 方法 | <input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴 | | |
| | | 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 動作等 | 拒否 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある | | |
| | | 移動方法 | <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 寝たきり | | |
| | | 立位 | <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| | | 座位 | <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| | | 寝返り | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| | 身体状況 | 外出 | <input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり | | |
| | | 視力 | <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) | | |
| | | 聴力 | <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) | | |
| 言語 | | <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない | | | |
| 意思 | | <input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない | | | |
| 嗜好品等 | 麻痺の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他) | | | |
| | 睡眠 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | | |
| 嗜好品等 | 飲酒 | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(量) | | | |
| | タバコ | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日) | | | |
| 認知症の状況 | 1 | <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 2 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食(食物以外のものを口にに入れる) <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 自傷(自分を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 他傷(他人を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | ※ | 上記内容を具体的に記入して下さい | | | |

| | | | |
|---------------|---|---|--|
| 入所希望者の状況の変更 | 医療情報 | ※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません | |
| | | 医療的処置 | 1 <input type="checkbox"/> 無 2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 常時吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> その他() |
| | | 【既往歴】 入院の有無 年月 | 結核の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ※ 入院していた場合はその時期もご記入下さい。(入院H●年●月～H▲年▲月) |
| | | 【現病歴】 入院の有無 発病年月 | ※ 入院している場合は入院時期もご記入下さい(入院H●年●月～) |
| | | 内服薬 | |
| | | 特記事項 | |
| 生活支援サービス等の情報 | 1 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | ※ 生活支援サービス等とは、介護保険制度の訪問介護、通所介護等以外のサービスで、市民、NPO、市からの委託等によるサービスのことです。 | 2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 見守り(週 回) <input type="checkbox"/> 配食(週 回) <input type="checkbox"/> サロン(週 回) <input type="checkbox"/> 身体介護(週 回) <input type="checkbox"/> ミニデイ(週 回) <input type="checkbox"/> 掃除(週 回) <input type="checkbox"/> 洗濯(週 回) <input type="checkbox"/> ゴミ出し(週 回) <input type="checkbox"/> 機能訓練(リハビリ)(週 回) <input type="checkbox"/> 口腔ケア(週 回) <input type="checkbox"/> 栄養改善・維持(週 回) <input type="checkbox"/> その他(週 回)() | |
| 介護者や住居等の状況の変化 | 入所を希望する理由 | <input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護する者がいない | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 | |
| | | <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 | |
| | | <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 | |

| | | | | | |
|-----|--|---|--|-----|--------|
| | | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載して下さい) () | | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 入所待機を継続する <input type="checkbox"/> 入所待機を継続しない 継続しない理由 () | | | | |
| | 入所を希望する時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要な時に入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい | | | |
| | 担当ケアマネジャー | 氏名 | | 連絡先 | 電話 () |
| | 備考 | 本変更連絡書で書ききれないことがありましたら、そのことについてご記入ください。 | | | |

※ この介護状況変更連絡書は、「入所希望者調査票」提出後に介護状況等に変更があった場合にご提出いただくものです。

※ 記入後、FAXまたは郵送にて施設宛てにご連絡ください。

※ 事実と反する連絡をされた場合は、申込みが取下げとなる場合がありますのでご注意ください。

【施設使用欄】

| | | | |
|----------|--|------|--|
| 受付者名 | | 受付番号 | |
| 特例入所の可能性 | <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること | | |
| 備考 | <p>本変更連絡書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所又は特例入所を考慮する必要がある場合などは、その状況について記入すること。</p> | | |