施設長 殿

(様式6) 介護状況変更連絡書

年

月

日

受付日

年 月

日

記入日

		記入者	人者(連絡先)													
		住	所	〒 −	-											
		(7	リガナ)					電 話	番 -	号						
		氏	名					FAX.	Eメー	ル						
現在	三の介護料	 犬況につ	いては次	このとおりつ	です。											
入	(フ リ	ガナ)	i						性	別	<u> </u>	男 • 梦	 女	年 齢		歳
入所希望者の	氏	名							生	年 月	月	明治・フ	大正・ド	昭和 :	年 月	Ħ
者の情			〒 -								住	民登録			市	・区・町・村
報	住	所														
	介護	保険	被保	険 者	番号						<u> </u>					
入	要 介 護 度 □ 要介護 1 □ 要介護 2 □ 要介護 3 □ 要介護 5															
入所希望者の	認知症高			□不		□ I		а 🗆	Пb		⊞a		b [□ IV	□ M	
室者の	常生活	1 施認	4.													
状況				来型 🗆 🖰	ユニット	ト型)	口老	健 🗆	介護	┲巻₹	ŧIJ	□ 養護	É [□軽費	ロケ	アハウス
况の変更				未生 ロ ・ グループホ・											U /	7 7 . 9 2 .
更				施設(保護施		□障害				の他(L []]	,)	
			・ 入居中		н~/	□ 1+1	TH / 1//10	ERA .	1	'/ Iii 、					,	
			グロー 2名【	7 AERA] .	• 所在 ⁵	抽【			市・区・	町・村】	
				相【	3	年 月	3 日]	1211	*EL .			' →		
		2 病防		院が必要と)		
	됌		完中の病院													
	現 在 の	・病院	完名 【] .	• 所在 ⁵	地【			市・区・	町・村】	
	状況	・入院	完期間【		:	年 月] 目	\sim]							
	及 7ド	3 在宅	 E等 ※	(【】は事	 業者名を	記入										
	及び介護サ	□訪	問介護()	週 回)	(1						
	世 	□訪	問入浴介記	護(週 [回)【						1					
	- ビ ス	□訪	問看護()	週 回)	(1						
	の利	□訪	問リハビ	リテーション	ン(週	回)	[]				ļ
	用状	□通	所介護()	週 回)	[]						
	況	□通	所リハビ	リテーション	ン(週	回)	[]				ļ
		□短	期入所生活	活介護(最)	近3ヶ月	月の利用	日数合詞	計 目)	[]	
		□短	期入所療	養介護(最)	近3ヶ月	月の利用	日数合詞	計 目)	[]	
		□夜	間対応型詞	訪問介護【]						
		□認	知症対応な	型通所介護	[]						
		□小	規模多機能	能型居宅介記	護【]						
				随時対応型詞		隻看護【]				
		□看	護小規模	多機能型居等	宅介護	[1					
		□そ	の他 ()								

<u> </u>		状態	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 □ 経口摂取不可								
<u>所</u> 希	食事	食事形態	主食 🗆 常食 🗆 半粥食 🗆 全粥食 🗆 ミキサー 🗆 その他()								
入所希望者の状況	事		副食 □ 常食 □ 刻み □ みじん □ ミキサー □ その他()								
の状		嚥下	□ むせない □ 時々むせる □ 毎回むせる □ トロミ剤の使用(□有 □無)								
況		状態	□ 自立 □ 誘導・一部介助 □ 全介助								
変更		尿意	尿意 □ ある □ 時々ある □ ない								
史	排	便意	便意 □ ある □ 時々ある □ ない								
	泄	→ \/:	□ 綿パンツ □ オムツ(□ 昼 □ 夜) □リハビリパンツ(□ 昼 □ 夜)								
		下着	□ パッド(□ 昼 □ 夜)								
		場所	□ トイレ □ ポータブルトイレ □ 尿器 □ その他()								
		状態	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助								
	入	方法	□ 家庭の浴槽 □ 訪問入浴介護サービス □ 施設一般浴 □ 施設機械浴								
入	浴	更衣	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助								
人所希望者の		拒否	□ なし □ 時々ある □ 強くある								
者の		场到 十	□ 自立歩行 □ 杖歩行 □ 歩行器(□ 安定 □ 不安定)								
状		移動方法	□ 車椅子(自操 □ 可 □ 不可) □ 寝たきり								
101	動	立位	□ 安定 □ 支えがあれば可 □ 不安定 □ 不可								
	動 作 等	座位	□ 安定 □ 支えがあれば可 □ 不安定 □ 不可								
		寝返り	□ 可 □ つかまれば可 □ 不可								
		外出	□ まれである □ しない □ 寝たきり								
		視力	□ 見える □ 見えにくい(□ 眼鏡使用) □ 見えない(□ 左 □ 右)								
	身	聴力	□ 聞こえる □ 聞こえにくい(□ 補聴器使用) □ 聞こえない(□ 左 □ 右)								
	身体状況	言語	□ 話せる □ 聞き取りにくい □ 話せない								
	況	意思	□ 疎通できる □ ある程度できる □ 疎通できない								
		麻痺の有無	□ 無 □ 有(□ 左上肢 □ 右上肢 □ 左下肢 □ 右下肢 □ その他)								
		睡眠	□ 普通 □ 眠れないことが多い □ 不眠 □ 睡眠薬の使用(□ 有 □ 無)								
	05	誊好品等	飲酒 □ 飲まない □ 飲む(量)								
		首灯吅守	タバコ □ 吸わない □ 吸う(本/日)								
	1 🗆	1 □無									
	2 🗆	2 □ 有 □ 常時徘徊 □ 不潔行為 □ 異食(食物以外のものを口にいれる) □ 介護抵抗									
		□ 自傷(自分を傷つける行為) □ 他傷(他人を傷つける行為) □ 収集癖 □ 声出し									
		□ 暴言 □ 不快な音を立てる □ 昼夜逆転 □ 不眠 □ 被害妄想 □ 自殺願望									
		□ その他(
認	※ 上	※ 上記内容を具体的に記入して下さい									
知症											
の状況											
況											

入		※ 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								
入所希望者の状況の			1 □ 無							
	医療情報	医療的処置	2 □ 有 □ 経管栄養 □ 胃ろう □ 酸素療法 □ インシュリン注射 □ 常時吸引							
			□ 気管切開 □ 褥瘡の処置 □ カテーテル留置 □ ストマ(人工肛門)							
			□ 膀胱ろう □ 皮膚疾患 □ その他(
の変更		【既往歴】	結核の既往(□ 有 □ 無)							
史		入院の有無								
		年月								
			※ 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								
	北江士	 援サービス等	1 □ 無							
	生品又の情報	抜り一しろ寺	2 □ 有 □ 見守り(週 回) □ 配食(週 回) □ サロン(週 回)							
		活支援サービ	2 □ 有 □ 兄うり(過 回) □ 配良(過 回) □ りゅう(過 回) □							
	ス等。	とは、介護保険								
		の訪問介護、通 護等以外のサ	□ 洗濯(週 回) □ゴミ出し(週 回) □ 機能訓練(リハビリ)(週 回) □ に □ 口腔ケア(週 回) □ 栄養改善・維持(週 回)							
	ービ	スで、市民、N								
	PO、市からの委託 等によるサービス のことです。		□ その他(週 回)()							
介蓋			□ 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 ■							
者や			□ 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 ■							
介護者や住居等の状況の			□ 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							
	入所を	希望する理由	□ 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							
			□ 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							
変			□ 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							
化			□ 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							
			□ 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							

その他	宅	での生活が困難 当該施設を退所して長期入院した後、退院 その他(具体的に記載して下さい) -	病院等から退所(退院)を求められているが、在することになったが、在宅での生活が困難				
	入所を希望する時期	□ 今すぐ入所したい □ 必要な時に入所したい □ 半年ぐらい先には入所したい □ 将来的に必要になったときに	□ 1年ぐらい先には入所したい 入所したい				
	担当ケアマネジャー	氏 名 事業所名	連絡先 電話 ()				
	本変更連絡	各書で書ききれないことがありましたら、そのことにて	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。

提到出田棚【

【施設使用欄】									
受付者名		受付番号							
特例入所の可能性	等が頻繁に見られること □ 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と								
	□ 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	本変更連絡書に記載した事項あるいは記載項目などは、その状況について記入すること。	にない事項等で、特に優生	七的な入所又は特例入所を考慮する必要がある場合						