



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( )	
		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)		
	排泄	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)		
		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( )		
	入浴	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		
		拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある		
	動作等	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		
		外出	<input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	身体状況	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		
		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いれる) <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				



その他	<input type="checkbox"/> 入居待機を継続する <input type="checkbox"/> 入居待機を継続しない 継続しない理由 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>			
	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 必要な時に入居したい <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入居したい      <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入居したい  <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入居したい         </div>		
	担当ケアマネージャー	氏名		連絡先 電話 (      )
		事業所名		
備考	本変更連絡所に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入居を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。			

- ※ この介護状況変更連絡書は、「入居希望者調査票」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。