

※太ワクの中をすべて記入して下さい。(ご不明な点は施設にご相談下さい。)

※□欄は、該当するものに☑もしくは☒等のチェックして下さい。

特別養護老人ホーム泰山荘 入所申込書

入所を希望する者	フリガナ				介護保険における保険者名									
	氏名				介護保険における被保険者番号									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	()	歳	性別 (男 ・ 女)						
	現住所	(郵便番号 -)			電話番号 (- -)									
	介護保険認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 (3 ・ 4 ・ 5) 要介護 (1 ・ 2) ……※3ページ目最下部、「要介護1、2特例入所申立」欄への記入もお願いします。 <認定有効期間> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日												
		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (令和 年 月 日申請)						<input type="checkbox"/> 認定申請中 (令和 年 月 日申請)						
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要支援の認定を受けている														
世帯状況		<input type="checkbox"/> 同居家族がいない (一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる												
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 []													
※該当する項目にすべてチェックして下さい。														
特別養護老人ホーム 泰山荘 施設長 馬場 義孝 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みをします。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受ける事に同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認する事に同意します。 令和 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄) _____														

提出者 (連絡先)

氏名 :	続柄 :	電話番号 :
郵便番号 :	-	
住所 :		

◎介護者・家族等の状況

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話番号	備考
				・同居 ・別居			
				・同居 ・別居			
				・同居 ・別居			
				・同居 ・別居			
				・同居 ・別居			
主たる介護者	フリガナ				年齢	本人との関係	備考
	主たる介護者氏名				歳		
	健康状態		<input type="checkbox"/> 疾病 (具体的に) _____] <input type="checkbox"/> 健康				
	介護の状況		<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護が困難な状態である <input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定は受けていない <input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定を受けている (要介護 要支援 / 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人の看病があり、介護困難な状態である (具体的に) _____] <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難である (具体的に) _____] <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である				
	介護の場所		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院または介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中				
	介護歴		平成・令和 _____ 年 _____ 月頃から介護している (期間 : 約 _____ 年)				
	介護協力者		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)				
	意見		(食事やトイレのこと、その他、介護をしているうえで困っていることなど)				

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている [・施設名または医療機関名 : (_____ (_____ 市・町・村) _____) ・所在地 : (_____) ・入所または入院時期 : 令和 _____ 年 _____ 月から入所(入院)している。 ・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる ・ いない)] <input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した [・入所していた施設名 : (_____ (_____ 市・町・村) _____) ・退所した時期 : 令和 _____ 年 _____ 月 退所] <input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問、通所系サービスおよび短期入所)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3ヶ月の利用日数 _____ 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (最近3ヶ月の利用日数 _____ 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※その他、居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書き下さい。 [_____]
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 他施設または医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない [(理由) _____] <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である [(理由) _____] その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書き下さい。 [(理由) _____]
	認知症等の状況	<input type="checkbox"/> 認知症等による症状はない <input type="checkbox"/> 認知症等による症状(頻繁に見られるもの)がある <input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む) <input type="checkbox"/> 暴言、暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじる等) <input type="checkbox"/> 妄想(「物を盗られた」等) <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替え等) <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える) <input type="checkbox"/> 不穏(イライラしている等) <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口に) <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転 <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持つてくる <input type="checkbox"/> その他 (_____)
特例入所の申立	※要介護1、2であって、かつ居宅で日常生活を営むのが困難な事について、やむを得ない事由は下記の通り。 <input type="checkbox"/> <u>認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</u> <input type="checkbox"/> <u>知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。</u> <input type="checkbox"/> <u>家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、心身の安全、安心の確保が困難である。</u> <input type="checkbox"/> <u>単身世帯である。同居家族が高齢また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。</u> [(具体的な状況) _____]	

入所希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () <現在療養中の病気・特記事項等>	
		主治医	(病院名) (医師名) (住所) (電話番号)

介護支援専門員等記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号	
	認知症高齢者の日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
	障害高齢者の日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	在宅サービス利用率	% (直近3ヶ月の平均)		
	【入所の必要性・緊急性等の意見をご記入下さい。】			
【要介護1・2の方の「特例入所」の場合、下記の要件に該当するかご確認のうえ、その状況をご記入下さい。】 ①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。 ②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が頻繁に見られる。 ③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。 ④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。 [(具体的な状況)]				

施設記入欄	入所申込書受付日	令和 年 月 日
	入所決定日	令和 年 月 日
	入所を希望する施設種別 (従来型多床室・ユニット型個室・どちらでもよい) その他	

入所申し込みにあたっての説明書

_____様の入所申し込みは、令和____年____月____日に受け付け
致しました。

入所の決定は、申し込み順ではなく、入所の必要性を総合的に評価して決定することとして
おります。あとから申し込んだ方でも、入所の必要性が高いと判断されれば、先の方より早く入
所して頂くこととなります。

入所の決定のために必要ですので、新規申し込み後に、本人を取り巻く環境等（要介護度、
申込書の記載事項、その他家族の状況を含む）に変更があった場合は、必ず下記までご連絡
頂くか、別添「状況変更届書」に記載のうえご提出ください。

なお、入所申し込みをされたにもかかわらず、申込者の一方的な都合（家族の心情的な理
由等）により入所辞退があった場合は、順位を繰り下げる取り扱いをさせていただきます。さらに、再
度の辞退があった場合は受付簿から削除という取扱いをさせていただきますのでご了承ください。

入所につきまして、その他何かご不明な点等がございましたら、遠慮なく下記の担当者までご
連絡をお願い致します。

鹿児島市皆与志町2261-1
特別養護老人ホーム 泰山荘
施設長 馬場 義孝
電 話 099-238-5560
F A X 099-238-5564

入所受付担当： 満園 ・ 鶴田

上記について、説明致しました。

令和 年 月 日
特別養護老人ホーム 泰山荘
説明担当者：

上記について、説明を受けました。

令和 年 月 日
住所：
氏名：
申し込み者との関係：

※太ワクの中をすべて記入して下さい。(ご不明な点は施設にご相談下さい。)

※欄は、該当するものにもしくは等のチェックして下さい。

特別養護老人ホーム泰山荘 入所申込書

入所を希望する者	フリガナ	タイザン タロウ	介護保険における保険者名	鹿児島市								
	氏名	泰山 太郎	介護保険における被保険者番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> ・昭 15年 4月 1日 (89)歳			性別 (<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女)							
	現住所	(郵便番号 891-1206)		電話番号	"保険者名"、"被保険者番号"については、「介護保険被保険者証」をご参照ください。							
介護保険認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている		<申込日現在の介護度> 要介護 (3 ・ <input checked="" type="radio"/> ・ 5) 要介護 (1 ・ 2) ……※3ページ目最下部、「要介護1、2特例入所申立」欄への記入もお願いします。									
	<認定有効期間> 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 認定申請 (令和 年 月 日申請)											
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない		<input type="checkbox"/> 認定申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要支									
世帯状況		<input type="checkbox"/> 同居家族がない (一人暮らし)		<input checked="" type="checkbox"/> 同居家族がいる								
入所を希望する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 []											
※該当する項目にすべてチェックして下さい。	複数回答可能です。											
特別養護老人ホーム 泰山荘 施設長 馬場 義孝 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みをします。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受ける事に同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所に同意します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (申込者) 住所 鹿児島市皆与志町2261番地1 氏名 泰山 花子 泰山 (続柄) 妻												
提出者 (連絡先)												
氏名 : 泰山 花子		続柄 : 妻		電話番号 : ***-****								
郵便番号 : 891-1206												
住所 : 鹿児島市皆与志町2261番地1												

◎介護者・家族等の状況

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と 同居・別居	住所	電話番号	備考
	妻	泰山 花子	89	同居 別居	鹿児島市皆与志町2261番地1	***-****	
	長女	皆与志 町子	67	同居 別居	鹿児島市〇×町	***-****	××病院に入院中
	二男	泰山 荘太郎	58	同居 別居	鹿児島市△△町	***-****	就労中
	二男嫁	泰山 ミナ代	57	同居 別居	同上	***-****	就学中
				同居 別居			

ご本人の介護にかかわり得る、ご家族その他の記入をお願い致します。

主たる介護者	フリガナ	タイザン ハナコ	年齢	89 歳
	主たる介護者氏名	泰山 花子		
	健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病 (具体的に) 腰痛や心臓の病気があって通院中であるので、自分の身の周りの事で精一杯です。疲れやすいです。 <input type="checkbox"/> 健康		
	介護の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護が困難な状態である <input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定は受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 要介護、要支援認定を受けている (要介護 <u>要支援</u> / ① 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人の看病があり、介護困難な状態である (具体的に) <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難である (具体的に) <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である		
	介護の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院または介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中		
	介護歴	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 〇〇 年 〇 月頃から介護している (期間 : 約 △ 年)		
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 随時あり (氏名 <u>泰山 ミナ代</u> 続柄 <u>二男嫁</u>) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)		
	意見	(食事やトイレのこと、その他、介護をしているうえで困っていることなど) 食事は、全面的に介助が必要ですが、一時間近くかかるので大変です。トイレは、頻尿で何度もトイレに連れて行かなくてはならないので、昼間は何とか手伝っていますが、夜は何度もトイレに起こされるので、あまり眠れていません。 また、歩く事ができないので車椅子を使っていますが、家が狭く、トイレ等の行き来を手伝うのもひと苦勞で、大変困っています。		

こちらは、“主に介護をしている人”の状況を記入する欄です。

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	サービス等の利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている [施設名または医療機関名 : (△△病院 (鹿児島市 ・町・村)) ・所在地 : (鹿児島市××1丁目○○-○) ・入所または入院時期 : 平成・令和○○年 ○○月 から入所 (入院 記入 (○印) をお ・施設や医療機関から退所 (退院) を求められているか。 (いる) <input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した [入所していた施設名 : () ・退所した時期 : 平成・令和 年 月 退所 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス (訪問、通所系サービスおよび短期 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 () <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所介護 (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下) <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3ヶ月の利用日数 18 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 () <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 () <input type="checkbox"/> その他 ※その他、居宅サービス等が十分に受けられない [利用されているサービス、頻度等にすべてにチェックをして下さい。 通所介護 ⇒ デイサービス 通所リハビリ ⇒ デイケア (病院等に併設) 短期入所生活介護 ⇒ 特養等のショートステイ 短期入所療用介護 ⇒ 老健や病院等のショートステイ
	住宅の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 他施設または医療機関に入所・入院中 [(理由)] <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である [(理由)] その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書き下さい [(理由)]	該当する症状にすべてチェックをして下さい。
	認知症等の状況	<input type="checkbox"/> 認知症等による症状はない <input checked="" type="checkbox"/> 認知症等による症状 (頻繁に見られるもの) がある <input type="checkbox"/> 徘徊 (室内を含む) <input type="checkbox"/> 暴言、暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 (排泄物をいじる等) <input type="checkbox"/> 妄想 (「物を盗られた」等) <input checked="" type="checkbox"/> 介護拒否 (入浴、着替え等) <input type="checkbox"/> 幻覚 (現実にはないものが見える) <input type="checkbox"/> 不穏 (イライラしている等) <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 (ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> 異食 (食べ物以外を口にすること) <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜の逆転 <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> その他 ()	
特例入所の申立	※要介護1、2であって、かつ居宅で日常生活を営むのが困難な事について、やむを得ない事由は下記の通り。 <input type="checkbox"/> 認知症等による症状であって、日常生活が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等を伴った障害であって、困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である。同居家族が高齢者であり、かつ地域での介護サービスが受けられない。 (具体的な状況)	要介護1と2の方のみ記入をお願いします。 「やむを得ない事由」4項目のいずれかに該当する場合のみ、入所申請が可能です。(入所時の取扱いは「特例入所」となりますが、入所後のサービスについては、要介護3~5の方と基本サービスは変わりません。) 具体的な状況を必ずご記入下さい。	

入所希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input checked="" type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () <現在療養中の病気・特記事項等> 慢性心疾患、アルツハイマー型認知症、脳梗塞後遺症、高血圧	
		主治医	(病院名) 医療法人〇〇会 △△病院 (医師名) △△医師 (住所) 鹿児島市××1丁目〇〇-〇 (電話番号) * * * - * * * - * * * *

介護支援専門員等 記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号	
	認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M		
	障害高齢者の日常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2		
	在宅サービス利用率			
	【入所の必要性・緊急性等の意見をご記入下さい。】			
【要介護1・2の方の「特例入所」の場合、下記の要件に該当するかご確認のうえ、その状況をご記入下さい。】				
①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような病 ②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来す ③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 ④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、 介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 (具体的な状況)				

施設 記入欄	入所申込書受付日	令和 年 月 日
	入所決定日	令和 年 月 日
	入所を希望する施設種別 (従来型多床室 ・ ユニット型個室 ・ どちらでもよい) その他	