

第10号様式（第7条関係）

重症難病患者在宅療養支援事業（一時入院）利用変更申込書

年 月 日

青森県健康医療福祉部がん・生活習慣病対策課長 殿

先に申し込んだ青森県重症難病患者在宅療養支援事業（一時入院）について、下記のとおり申し込み内容を変更したく申請いたします。

なお、申込内容については、患者情報を含め、難病診療連携コーディネーター及び一時入院先へ情報提供すること、並びに在宅で介護者が行うケアと同様のケアを提供できない可能性があることに同意します。

記

○変更項目に☑し変更後の内容を記載、「※」は必須記載項目

変更項目 ※	申込者	氏名	(続柄:)
		住所	
		連絡先	電話 (携帯)
※	患者	氏名	(年 月 日生)
		住所	
<input type="checkbox"/>	緊急時 連絡先	※申込者と異なる場合のみ記入してください。 氏名 (続柄) 電話 (携帯)	
<input type="checkbox"/>	利用目的	ア. 介護者の疾病 イ. 冠婚葬祭 ウ. 介護者の休息 エ. その他 (具体的に)	
<input type="checkbox"/>	利用希望する期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)	
<input type="checkbox"/>	利用希望する医療機関	所在地 医療機関名	

裏面につづく

□	医療等情報	かかりつけ医	(電話：)
		訪問看護事業所等	(電話：)
		介護支援専門員 相談支援専門員 (ケアマネージャー)	(電話：)
□	その他 要望等	<p>(療養中の要望等) ※要望全てに配慮できるわけではありません。</p> <p>(急変時の対応) ※本人及びかかりつけ医と相談の上記載してください。</p>	
□	添付書類	<input type="checkbox"/> ① 特定医療受給者証の写し <input type="checkbox"/> ② かかりつけ医が作成した診療情報提供書 <input type="checkbox"/> ③ 訪問看護事業所等が作成した情報提供書 <input type="checkbox"/> ④ 介護支援専門員又は相談支援専門員が作成した情報提供書 ※入院先医療機関がかかりつけ医などであり、患者の状態等について把握できる場合、②～④は省略できます。	