

第1号様式（第6条関係）

重症難病患者在宅療養支援事業（一時入院）利用申込書

令和 6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

青森県重症難病患者在宅療養支援事業実施要綱第6条第1項第1号の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

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

申 込 者	氏 名	青森 ○○ (続柄：妻)
	住 所	青森市長島〇-〇-〇
	連 絡 先	電話 111-111-1111 (携帯) 222-2222-2222
患 者	氏 名	青森 △△ (昭和〇年〇月〇日生)
	住 所	同上
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 青森 □□ (続柄) 弟 電話 3333-33-3333 (携帯) 444-4444-4444	
他制度の医 療 費 助 成	以下の中で持っているものがあれば、該当する数字を○で囲んでください。 ① 高額療養費限度額適用認定証 2 重度心身障害者医療費受給者証	
利 用 目 的	ア. 介護者の疾病 イ. 冠婚葬祭 ㊦. 介護者の休息 エ. その他 (具体的に)	
利 用 希 望 す る 期 間	令和6年5月21日(火)～令和6年6月3日(月) (14日間)	
利 用 希 望 す る 医 療 機 関	所 在 地 青森市〇〇-〇-〇 医 療 機 関 名 〇〇病院	

裏面につづく

医療等情報	かかりつけ医	〇〇医院 ▽▽医師 (電話 : 555-555-5555)
	訪問看護事業所等	訪問看護ステーション〇〇 (電話 : 666-666-6666)
	介護支援専門員 相談支援専門員 (ケアマネージャー)	〇〇居宅介護支援事業所 ◇◇ケアマネ (電話 : 777-777-7777)
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。 例) 自宅での療養生活で、患者が望まない又は嫌がる処置があったり、負担・ストレスにならないよう気を付けていたりすることがあり、協力機関側にも配慮をお願いしたい項目があれば記載する。</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。 例) 事業利用中に患者の状態が急変した場合の対処方法などで、日頃からかかりつけ医や患者と取り決めていた内容があれば記載する。</p>	
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> ① 特定医療受給者証の写し <input checked="" type="checkbox"/> ② かかりつけ医が作成した診療情報提供書 <input checked="" type="checkbox"/> ③ 訪問看護事業所等が作成した情報提供書 <input checked="" 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。	