

様式2

在宅難病患者一時入院事業申請書

年 月 日

群馬県知事

あて

申請者住所

連絡先電話 ()

氏 名 印

(患者との続柄)

次により群馬県在宅難病患者一時入院事業による一時入院を申請します。

なお、この内容について、一時入院予定先及び管轄保健福祉事務所（中核市保健所）並びに、群馬県神経難病医療ネットワークへ情報提供することに同意します。

ふりがな		男	生年	大・昭・平	年 月 日生
患者氏名		・	月 日		(歳)
住所	〒 電話 ()				
疾患名		受給者番号			
主な介護者名		男・女	続 柄		
患者の状況 (該当する 箇所に☑を つけてくだ さい)	合併症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
	人工呼吸器の種類	<input type="checkbox"/> 気管切開を伴う人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 鼻マスクによる人工呼吸器 人工呼吸器の機種名 ()			
	医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 ()			
	食事	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経口			
	排泄	<input type="checkbox"/> 尿器・ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> トイレ移動			
	移動	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()			
意思伝達	<input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> まばだき				
	<input type="checkbox"/> 意思伝達装置 () <input type="checkbox"/> 不能				
入院を必要とする理由 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 介護者の疾病等 <input type="checkbox"/> その他 ()				
主治医名 (医療機関)	()				
利用訪問看護					
主治医の同意の有無 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 了解を得ている <input type="checkbox"/> 了解を得ていない				
希望入院医療機関 (※1)					
入院希望期間	年 月 日から 年 月 日				

※1 特に指定する医療機関がない場合は、未記入としてください。医療機関や入院期間については、受け入れ先のベッドの空き状況により、ご希望に沿えない場合もあります。

※ 後日、診療情報提供書（主治医記載）の提出をお願いすることがあります。