

在宅難病患者一時入院申請書

年 月 日

広島県知事様

申請者住所
申請者氏名
(連絡先)
(患者との続柄)

次により広島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。また、この内容について、本事業の実施に係る医療機関（難病診療連携コーディネーターを含む。）への情報提供及び本県における難病対策に関する目的に使用することに同意します。

フリガナ			生 年 月 日		性別	男・女
氏 名			年 月 日生 (歳)			
現 住 所	〒 -					
疾 患 名			受給者番号			
介護保険	☐ あり ☐ 要介護 度 ☐ 要支援 度 ☐ なし		利用訪問看護			
患者の状況	合併症	☐ あり () ☐ なし				
	人工呼吸器の種類	☐ 気管切開を伴う人工呼吸器 ☐ 鼻マスク (又は顔マスク) による人工呼吸器 人工呼吸器の機種名 ()				
	医学処置	☐ 在宅酸素 ☐ 胃ろう ☐ その他 ()				
	食事	☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 経口				
	排泄	☐ 尿器・ポータブル ☐ おむつ ☐ バルーン留置 ☐ トイレ移動				
	移動	☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ その他 ()				
	意思伝達	☐ 口話 ☐ 筆談 ☐ 文字盤 ☐ まばたき ☐ 意思伝達装置 () ☐ 不能				
入院を必要とする理由	☐ 介護者の在宅療養 ☐ 介護者の入院 ☐ 介護者の休息 ☐ その他 ()					
主治医名 (医療機関)	氏名 (医療機関)					
一時入院についての了解	☐ 主治医の了解を得ている ☐ 主治医の了解を得ていない					
希望入院医療機関						
入院希望期間	年 月 日～ 年 月 日					

※ 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、受入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。
※ 別途、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。

難病診療連携コーディネーター確認欄

難病診療連携 コーディネーター 氏名	印	一時入院の適否	適・否
一時入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一時入院医療機関			
一時入院が否であると 確認した理由			