様式第２号

　　年　　月　　日

在宅難病患者一時入院申請書

石川県知事　様

申請者住所

申請者氏名

（患者との続柄　　　　　）

次により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、この内容については、一時入院先へ情報提供することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　月　日生（　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 疾 患 名 |  | 受給者番号 |  |
| ふりがな申請者氏名 |  | 患者との続柄 |  |
| 住　　所 |  |
| 連 絡 先 |  | （緊急時） |
| 一時入院を必要とする理由 | * 介護者の休養
* 介護者の療養等
* 災害に備えた避難的入院
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 一時入院希望医療機関 |  | 一時入院について主治医の了解を得ていますか | はい・いいえ |
| 入院希望期間 | 　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 収受日 |  | 収受機関 |  |

※難病診療連携コーディネーター確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 確認者（難病診療連携ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ） | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　確認日：　　年　　月　　日 |
| 一時入院の必要性 | 有　・　無 | 一時入院の可否 | 可　・　不可 |
| 一時入院不可の場合その理由 |  |
| 一時入院医療機関（施設名、所在地） |  |
| 一時入院調整期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日 |
| 診療情報提供書 | 要　　　　　・　　　　不　要 |