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 | | |