

様式1

## 在宅難病患者一時入院申請書

年 月 日

鳥取県西部総合事務所長 様

申請者 住所(〒 )  
氏名

患者との続柄 ( )  
電話 ( )

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。

患者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
住所	〒		
疾患名		特定医療費(指定難病)又は特定疾患医療受給者番号	
次のいずれか該当する質問にご回答ください。			
A. 特定医療費(指定難病)の支給認定を受けていますか。		はい	いいえ
B. 特定疾患治療研究事業の重症認定を受けていますか。		はい	いいえ
保険の種別	協・組・船・共・国・後 (本人・家族)		
保険者名		保険証の記号・番号	
第1希望入院施設名			
第2希望入院施設名			
入院希望期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		
一時入院を必要とする理由	<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 ( )		



療養状況情報用紙

入院中の参考にさせていただきます。御家庭での療養状況について御記入ください。

患者氏名 ( ) 記入者氏名 ( ) 記入年月日 ( 年 月 日)

		療養状況		備考欄
1	気管切開	行っている	行っていない	
2	酸素使用中の方のみ記入	流量	ℓ/分	
3	人工呼吸器使用中の方のみ記入	メーカー 機種 設定条件	モード ( ) 換気回数(f) 回/分 酸素濃度 (FI02)	
		その他 [ ]		
4	吸引が必要な方のみ記入	吸引回数	回/時間	
		吸引カテーテルの大きさ	F r	
5	吸入が必要な方のみ記入	吸入回数	回/日	
		使用薬液	( )	
6	身体で、全く動かないところや、動きが悪いところがありますか			
7	室内の移動は、どうしていますか。	つかまり・杖	歩行器 車椅子	
		その他 ( )		
8	身体の向きの変え方について	( ) 時間に1回		
		使用物品:		
9	食事の種類・方法・内容について	経口 (自力 介助)		
		食事内容 [ ]		
		経管栄養 ( )		
		胃瘻 ( )		
10	洗面について	自力	介助 ( )	
		1日	回	
11	身体の清潔について	入浴している	回/週	
		身体を拭いている	回/週	
		洗髪は	回/週	
12	意思の疎通について	話ができる	できない	
	できない方は、どういう方法を使っていますか。			
13	尿は、1日何回ありますか。	回/1日		
	どんな方法で行っていますか。	ポータルトイレ	オムツ 尿器	
		差込み便器	自己導尿 (時間おき)	
		尿留置カテーテル	その他 ( )	
14	便の回数はどれくらいですか。	回/日		
	どんな方法で行っていますか。	ポータルトイレ	オムツ 差込み便器	
		その他 ( )		
	よく使用する下剤はありますか	なし	あり ( )	
15	その他 (介護のコツや特に気にかけておられることなど)			

※裏面もあります。

在宅療養機関

	機関名	担当者	電話
かかりつけ医療機関			
専門医療機関			
ケアマネージャー			
訪問看護ステーション			

今年度の一時入院事業利用状況 ( ) 日間

受入れ医療機関 ( )

※ 入院中の療養生活では、必ずしもご自宅と同じ方法はとれないことを、あらかじめ御了承ください。