

難病患者在宅レスパイト申請書

対象患者	フリガナ		生年月日	年 月 日 生 (歳)	
	氏名				
	住所	東京都			
	病名		介護保険	有 <input type="checkbox"/> 要介護要支援 度 度 <input type="checkbox"/> 無	
	人工呼吸器の使用	<input type="checkbox"/> はい <small>※在宅レスパイトは人工呼吸器(NPPV又はTPPV)を使用している難病患者が対象です</small>	かかりつけ医	担当医 電話	
気管切開の有無	<input type="checkbox"/> 気管切開している・ <input type="checkbox"/> 気管切開していない <small>※気管切開とは、のどに穴を開けて人工呼吸器をつなぐ処置のことです</small>				
申請者	フリガナ		患者との続柄		
	氏名				
	住所				
	連絡先	電話	緊急連絡先		
	在宅レスパイトを必要とする理由	介護者の在宅療養 ・ 介護者の通院 ・ 介護者の休息 ・ その他の理由			
	一時入院ができない理由	利用時間内に用事が完了するため ・ 本人が入院を希望しない ・ その他の理由			
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所①	事業所名		現在、医療保険での訪問看護を受けている事業所ですか。	はい ・ いいえ
		電話			
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所名②	事業所名		現在、医療保険での訪問看護を受けている事業所ですか。	はい ・ いいえ
		電話			
在宅レスパイト希望訪問看護事業所名③	事業所名		現在、医療保険での訪問看護を受けている事業所ですか。	はい ・ いいえ	
	電話				
在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。 (訪問看護指示書の交付を受けていますか)				<input type="checkbox"/> はい	
レスパイト希望期間	年 月 日から 年 月 日まで				

私は、上記のとおり難病患者在宅レスパイト事業の利用を申請します。
 なお、この内容については、訪問看護事業所へ情報提供することに同意します。

年 月 日

申請者氏名