

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 (要介護 度) ・ 無 (要支援 度)		
	人工呼吸器	有 ・ 無		かかりつけ医	担当医 電話	
気管切開の有無	気管切開している・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				
		緊急時 電話				
	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				
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所名等	事業所名		現在、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。 (指示書の交付を受けていますか)				はい ・ いいえ		
レスパイト希望期間	年 月 日 (曜日) 時 分から 時 分まで					

私は、上記のとおり在宅レスパイトを申請します。
 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

○一時入院ができない理由

○4時間を超えるレスパイトを必要とする理由 (1月当たり4時間以内の原則を超えた利用申請を行う場合のみ記載)