様式第２号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

在宅難病患者一時入院申請書

（あて先）

　　埼玉県知事

申請者氏名

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。またこの内容について、本事業の実施に係る医療機関（難病診療連携コーディネーターを含む）への情報提供及び本県における難病対策に関する目的に使用することに同意します。なお、本事業申請については主治医の了解を得ています。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者本人 | フリガナ |  | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日生  （　　　歳） |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 疾患名 |  | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名 | | 担当医 | | | | | |
| 人工呼吸器等の種類 | □　気管切開を伴う人工呼吸器　　□　鼻マスクによる人工呼吸器  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 人工呼吸器の機種 | 取扱業者 | | | | 機種 | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | 緊急連絡先 | ①氏名（　　　　　　　　　　　）  　電話（　　　　　　　　　　　）  ②氏名（　　　　　　　　　　　）  　電話（　　　　　　　　　　　） | |
| 氏名 |  | 患者との続柄  （　　　　） | | | |
| 住所 | 患者の住所と同じ・　それ以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 一時入院を必要とする理由 | 介護者の休息　・　介護者の疾病等  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 一時入院希望医療機関 | 第一希望  受診歴□無　□有 | | | | | | 第二希望  受診歴□無　□有 | |
| 入院希望期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　）から令和　　　年　　　月　　　日（　）まで  □日程変更可 | | | | | | | |
| 希望先の  医療機関との連絡 | □未連絡　　□連絡済（連絡先医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |