

佐賀県難病患者在宅レスパイト申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

〒

申請者住所 _____

氏 名 _____ (患者との続柄: _____)

連絡先 TEL: _____

※緊急時に連絡の取れる電話番号を記載してください。

次により在宅レスパイトを申請します。この事業に必要な情報は、難病診療連携コーディネーター及び訪問看護事業所へ提供することに同意します。

患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生
住 所	〒		
疾 患 名		指定難病・特定疾患 医療受給者番号	
使用中の医療機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引器		
在宅レスパイトを 必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 介護者の病気 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
在宅レスパイトで 利用する訪問看護事業所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※現在、利用している訪問看護事業所の□にチェックを入れてください。		

申請者は、事業を利用するにあたり、主治医から以下を記載してもらってください。

主治医記載欄	上記の患者は病状が安定し、在宅レスパイトを利用することが可能です。 また、本事業における訪問看護の実施を指示します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> 医療機関所在地 医療機関名 (急変時の連絡先) 主治医名
--------	---