様式１－２

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 | □　人工呼吸器　　 □　吸引器 |
| 在宅レスパイトを必要とする理由 | □　介護者の休養　　□　介護者の病気□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 在宅レスパイトで利用する訪問看護事業所 | □　□　□　※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。年　　　月　　　日医療機関所在地　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（急変時の連絡先）　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |