様式５－２

佐賀県難病患者在宅レスパイト変更申請書

　　　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の利用について変更します。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 |  |

変更する内容を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 住所 | 〒 | 〒 |
| 特定医療費(指定難病)医療  受給者証における階層区分 | 生活保護・低所得・一般・上位 | 生活保護・低所得・一般・上位 |
| 特定医療費(指定難病)医療受給者証における人工呼吸器等装着 | あり　・　なし | あり　・　なし |
| 訪問看護事業所 |  |  |
| 主治医 |  |  |

主治医が変更した場合、申請者は新たな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 |