

佐賀県小児慢性特定疾病児童等レスパイト訪問看護事業利用申請書

年 月 日

佐賀県知事 様 (〒)

申請者住所

申請者氏名 (続柄:)

連絡先 TEL:

佐賀県小児慢性特定疾病児童等レスパイト訪問看護事業の利用について、裏面の同意書の内容に同意し、下記のとおり申請します。

児童氏名	(男・女)			生年月日	年 月 日生 (歳)		
疾病名				小慢医療 受給者番号			
重症認定 の有無	有・無	身体障害者 手帳の有無	有 () 級 無	療育手帳 の有無	有 (A・B) 無	指定難病 認定の有無	有・無
使用中の主な医療機器等		人工呼吸器 気管カニューレ		在宅酸素 腹膜透析	パルスオキシメーター その他 ()		
事業を利用する理由							
訪問看護事業所名							

お子様の最近の状況を教えてください

意思疎通	1. できる 2. 筆談で可能 3. 文字盤等機器使用で可能 4. できない
食 事	1. 自分でできる 2. 部分的に介助が必要 3. 全部介助が必要 4. 経管栄養 5. 胃瘻
更 衣	1. 自分でできる 2. 部分的に介助が必要 3. 全部介助が必要
移乗・屋内での移動	1. 自分でできる 2. 部分的に介助が必要 3. 全部介助が必要 4. 車いす使用
排泄 (トイレ)	1. 自分でできる 2. 介助が必要 3. 紙おむつ使用 4. ストーマ 5. 導尿
保 清	1. 自分でできる(入浴) 2. 部分的に介助が必要(入浴) 3. 清拭 4. 訪問入浴

主治医記載欄

上記の児童は、病状が安定し、本事業を受けることが可能です。
事業実施中、緊急な対応が必要な場合は、下記の医療機関で対応します。

指定医療機関名

主治医名

緊急時対応する医療機関名

電話番号

保健福祉事務所受付印
こども家庭課受付印

佐賀県小児慢性特定疾病児童等レスパイト訪問看護事業に係る同意書

- 1) この事業は、家族の療養・休息・用事等により、一時的に介護ができない場合に利用していただくものです。通常の訪問看護の内容とは異なり、入浴等要員が必要な内容については行うことはできません。
- 2) この事業は、佐賀県と通常利用している訪問看護事業所との委託契約で行われるものです。事業利用の認定及び不認定について、利用予定の訪問看護事業所に通知します。
- 3) この事業が決定されると、決定通知書を通知します。利用期間、利用限度時間数を確認してください。
- 4) 利用日、利用時間帯、1回の利用時間数及び内容等については、訪問看護事業所と相談してください。利用時間は、午前9時～午後5時までの間とします。訪問看護事業所と約束した時間については、厳守するよう十分調整してください。
- 5) 利用する際は、事前に訪問看護事業所に申し出てください。複数の事業所を利用している場合は、重ならないように責任を持って調整してください。
- 6) この事業に関する個人情報に関係者間で共有し、お預かりした個人情報は、その保護に十分配慮し、事業以外の目的で使用されることはありません。