

難病患者在宅レスパイト申請書

対象患者	フリガナ		生年月日	年 月 日 生 (歳)	
	氏名				
	住所	東京都			
	病名		介護保険	有 (要介護 度) ・無	
人工呼吸器	有 ・ 無		かかりつけ医	担当医 電話	
	※在宅レスパイトは人工呼吸器使用難病患者が対象です				
気管切開の有無	気管切開している・気管切開していない ※気管切開とは、のどに穴を開けて人工呼吸器をつなぐ処置のことです				
申請者	フリガナ		患者との続柄		
	氏名				
	住所				
	連絡先	電話			
		緊急時 電話			
	在宅レスパイトを必要とする理由	介護者の在宅療養 ・ 介護者の通院 ・ 介護者の休息 ・ その他の理由			
	在宅レスパイト希望訪問看護事業所名等	事業所名		在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。(指示書の交付を受けていますか)	はい ・ いいえ
現在、訪問看護を受けている事業所ですか。		はい・いいえ			
レスパイト希望期間	年 月 日 (曜日) 時 分 から 時 分 まで				

私は、上記のとおり在宅レスパイトを申請します。
 なお、この内容については、訪問看護事業所へ情報提供することに同意します。

年 月 日

申請者氏名

○一時入院ができない理由

--

東京都知事 殿