

在宅重症難病患者一時入院申請書

山形県知事 殿

申請者住所

氏 名

(患者との続柄)

電話番号

連絡先

(電話番号)

次により山形県在宅重症難病患者一時入院事業による一時入院を申請します。

なお、この事業に必要な情報を、別紙の医療状況等情報提供書により、一時入院予定先へ情報提供することを同意します。

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所			
疾 患 名		特定医療費 受給者番号	
一時入院を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者の疾病等 <input type="checkbox"/> 介護者の休息 <input type="checkbox"/> その他 ()		
一時入院についての担当医の了解の有無	<input type="checkbox"/> 了解を得ている <input type="checkbox"/> 了解を得ていない	担当医師名 施 設 名	
一時入院希望医療機関			
一時入院希望期間	年 月 日から 年 月 日まで		

※難病診療カウンセラー記載欄

難病診療カウンセラー		一時入院の 必要性	有・無	入院受入の 可否	可・否
一時入院期間	年 月 日から 年 月 日まで				
一時入院施設					
否の理由					

※県記載欄

担当者名		一時入院の可否	可 ・ 否
------	--	---------	-------