第５号様式（第７条関係）

重症難病患者在宅療養支援事業（看護人派遣）利用申込書

　　　年　　月　　日

　青森県健康福祉部がん・生活習慣病対策課長　殿

申込者

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　（患者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　(連絡先)

　青森県重症難病患者在宅療養支援事業実施要綱第７条第１項第２号の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。　　　（　　　　　年　　　月分）

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 疾病名 |  | 特定医療受給者証番号 |  |
| 利用目的 | 　ア．介護者の疾病　　イ．冠婚葬祭　　ウ．介護者の休息　エ．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望する期間 | 希望する日 | 開始時間 | 終了時間 | 利用時間 |
| 　　月　 日 | 　　時　　分 | 　　時　　分　　 | 　　　　時間 |
| 　　月　 日 | 　　時　　分 | 　　時　　分　　 | 　　　　時間 |
| 計 |  |
| 一時入院が困難な理由 |  |

（備　考）

１　希望する医療機関（訪問看護ステーション、看護婦家政婦紹介所）から、裏面の

「重症難病患者在宅療養支援事業　派遣予定看護人」の記載を受けてください。

２　主治医から、裏面の「重症難病患者（人工呼吸器装着）看護指示書」の記載を受けてください。

３　次回以降の看護人派遣の利用希望日が、看護指示書にある指示期間内である場合は、次回以降の申請において看護指示書の記載を省略できます。

|  |
| --- |
| 重症難病患者在宅療養支援事業　派遣予定看護人申出書 |
| 派遣予定看 護 人 | 氏　　　名 |  | 資　格 |  |
| 看護人住所 |  |
| 派遣予定日 |  |
| 氏　　　名 |  | 資　格 |  |
| 看護人住所 |  |
| 派遣予定日 |  |
| 上記のとおり、重症難病患者（人工呼吸器装着）に対する看護人の派遣を予定しています。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 所　在　地　　医療機関（訪問看護ステーション、　看護婦家政婦紹介所）　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　 印　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |

 |
| 重症難病患者（人工呼吸器装着）看護指示書 |
| 主 治 医指示内容 | 指示期間 |  |
| 指示事項 | 装置・使用医療機器（吸引器、人工呼吸器）等の操作援助・管理、経管栄養の管理 |
| 留意事項 |  |
| 上記のとおり、重症難病患者（人工呼吸器装着）に対する看護の実施を指示いたします。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 所　在　地医療機関名　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  |

 |

（記載上の注意）

１　派遣予定看護人申出書について

　①「看護人住所」欄は、看護婦家政婦紹介所の場合のみ記載してください。

　　（医療機関、訪問看護ステーションの場合は記載不要です。）

　②派遣予定看護人が複数おり、それぞれの派遣予定日が未定の場合は、「派遣予定日」欄は空欄としてください。

 ③看護師又は准看護師の資格がない方については、喀痰吸引等研修に係る認定特定行為業務従事者認定証（介護福祉士の方は、実地研修を修了した喀痰吸引等行為を記載した登録証も対象）の写しを添付してください。

２　看護指示書について

　 指示期間は、最長６か月間であること。