

第2号様式（第6条関係）

重症難病患者在宅療養支援事業（看護人派遣）利用申込書兼看護指示書

年 月 日

青森県健康福祉部がん・生活習慣病対策課長 殿

青森県重症難病患者在宅療養支援事業実施要綱第6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。

なお、申込内容については、患者情報を含め、難病診療連携コーディネーター及び訪問看護事業所等へ情報提供すること、並びに在宅で介護者が行うケアと同様のケアを提供できない可能性があることに同意します。

記

（ 年 月分）

申 込 者	氏 名	(続柄：)		
	住 所			
	連 絡 先	電話	(携帯)	
患 者	氏 名	(年 月 日生)		
	住 所			
緊 急 時 連 絡 先	※申込者と異なる場合のみ記入してください。			
	氏名	(続柄)		
	電話	(携帯)		
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				
そ の 他 要 望	(療養中の要望等) ※要望全てに配慮できるわけではありません。 (急変時の対応) ※本人及びかかりつけ医と相談の上記載してください。			

裏面につづく

利用希望する訪問看護 事業所等	
添付書類	<input type="checkbox"/> ① 特定医療受給者証の写し <input type="checkbox"/> ② 訪問看護事業所等が作成した情報提供書 ※看護人を派遣する訪問看護事業所が普段利用している事業所で、患者の治療状況や状態等について把握できる場合、②は省略できます。

※以下難病診療連携コーディネーターが確認するため、申込者は記入不要です。

患者氏名		
派遣予定 看護人	上記の重症難病患者（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	
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		

※ 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。