

大阪府在宅難病患者一時入院事業 登録申出書

大阪府 御中

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

(登録者との続柄)

別紙「大阪在宅難病患者一時入院事業について」の内容を理解したうえで申請を行います。
 なお、本書の内容を、大阪難病医療情報センター、一時入院先(本事業を利用された場合)及び居住地の保健所(大阪市は保健福祉センター、堺市又は東大阪市保健所は保健センターを含む。)へ情報提供を行うことに同意します。

登録者氏名

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
登録者氏名					
住 所		その他の 家族の 連絡先	電話		
			氏名	(続柄)	
電話番号			電話		
主介護者氏名 (続柄)			氏名	(続柄)	
医療受給者証		疾病・疾患名	重度障がい者医療費助成	受けている ・ 受けていない	
		受給者番号	老人医療費(一部負担)助成	受けている ・ 受けていない	
登録者の 状況	合併症	医療処置 ()	<input type="checkbox"/> 気管切開を伴う人工呼吸器	意思伝達方法	<input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談
	食事		<input type="checkbox"/> 鼻マスクによる人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> まばだき
	使用薬剤		<input type="checkbox"/> 吸引		<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置 ()
			<input type="checkbox"/> 気管切開		<input type="checkbox"/> 意思伝達装置 ()
			<input type="checkbox"/> 酸素		<input type="checkbox"/> 不能
			<input type="checkbox"/> 胃ろう		<input type="checkbox"/> スイッチ利用 ()
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
訪問 診療医	名称	訪問 看護	名称		
	主治医名		担当者名		
	連絡先		連絡先		
病院	名称 (科)	訪問 看護	名称		
	主治医名		担当者名		
	担当者名		連絡先		
	連絡先				
緊急 受入 病院	名称 (科)	居宅 介護 支援 事業所	名称		
	主治医名		担当者名		
	担当者名		連絡先		
	連絡先	保健所	担当		
			連絡先		