

千代田区指定病院医療ステイ利用支援 申請書

| | | | | | |
|---|---|----|-----------------------|------|------------|
| ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | |
| 利用者氏名 | | | 男・女 | 大・昭 | 年 月 日 (歳) |
| 要介護度 | 要支援 1 ・ 2 | | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | |
| 必要な医療処置（該当するすべてに○） | 経管栄養（鼻・胃・腸） 留置カテーテル 在宅酸素 人工透析 インシュリン ストマ 吸引 中心静脈栄養（IVH） 気管切開後の管理 褥瘡処置 その他（ ） | | | | |
| 現住所 | 〒 千代田区 電話： | | | | |
| 申請者・連絡先 | 氏名/ふりがな | / | | | 続柄 |
| | 住所 | 〒 | | 電話① | |
| 緊急時連絡先 | 連絡先① | 氏名 | 続柄 | 電話① | |
| | | | | 電話② | |
| | 連絡先② | 氏名 | 続柄 | 電話① | |
| | | | | 電話② | |
| ※急変時など、緊急の際の連絡先となります。できるだけ連絡の取れる連絡先を記入ください。 | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 | | | | 電話 |
| | 担当者名 | | | | FAX |
| かかりつけ医 | 医療機関名 | | | | 電話 |
| | 主治医名 | | | | FAX |

《意向調査》

| | | | | | | |
|---------------------------|---|--|---------------------------------|--|------|--|
| 利用希望期間 （同じ月で計7日の利用が上限） | 令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ） 計 日間 | | | | | |
| | 令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ） 計 日間 | | | | | |
| | 令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ） 計 日間 | | | | | |
| | 令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ） 計 日間 | | | | | |
| 希望病院 | 第一希望 | | 第二希望 | | 第三希望 | |
| | 調整に関する希望 当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 希望日がずれても、希望病院で利用したい。 <input type="checkbox"/> 病院を変更しても、希望日程を優先したい。 <input type="checkbox"/> 希望病院、希望日程以外であれば申請を取り下げる。 | | その他（利用希望日の特別な事情、第二希望日程、居室の希望など） | | | |

※裏面もご記入ください

医療ステイ利用事項確認書（該当する□にレ点を入れてください）

| | | | | |
|-----------------|---|---|----|---|
| 行き帰りの予定 | 入院 | <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 民間救急車 <input type="checkbox"/> その他() | 退院 | <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 民間救急車 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 入退院の時間の指定はできませんので、予めご了承願います。 | | | |
| 病院内での移動方法 | <input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助) ⇒ 自助具 (<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> 歩行器等) <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走・ <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | |
| 病室・病棟希望 | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 一人部屋 <input type="checkbox"/> 二人部屋 <input type="checkbox"/> 多床部屋 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 病棟の希望あり → () <input type="checkbox"/> 病棟の希望なし | | | |
| | 希望の病室・病棟 以外の場合、 <input type="checkbox"/> 利用を希望 <input type="checkbox"/> キャンセル | | | |
| | 医療ステイは、ベッドの空き状況や身体状況等により、利用する病室・病棟が異なりますので、ご希望にそえない場合がございます。 | | | |
| [介護者から病院への連絡事項] | | | | |

急変時の対応について

医療ステイは、基本的に心身状態の安定した方を受入れています。高齢の方が対象のため、最低限の延命治療しか実施できない可能性があります。

- 現在の主な病気やそれ以外の理由で容態が急変した場合の延命治療について、
上記説明に 同意する 同意しない

- ※ 延命治療の具体的な内容については、病院でご確認願います。
- ※ 病院によっては、入院時・急変時等に、どのような対応を望むかなど、別途確認をさせていただく場合がございます。
- ※ 同意していただけない場合、医療ステイの利用をお断りする場合がございます。

■別紙「医療ステイの利用までの流れ」を確認し、承諾しました。

■当申請書について相違ないことを確認しました。

【署名欄】

令和 年 月 日

利用者氏名： _____
(申請者による代筆可)

申請者氏名： _____ 続柄： _____

【事務処理欄】

| | | | |
|------|--|------|---|
| 受付番号 | | 利用期間 | 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () 計 日間 |
|------|--|------|---|