

様式1(第8条関係)

在宅難病患者一時入院申請書

| | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|------------------------|-------------|--------|------------------------|--------------------------|
| 本 | フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日(生 歳) | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 人 | 住所 | 沖縄県 | | | | | |
| | 保険証 | 記号及び番号 | 保険者名 | | 保険の種類 | 協会・組合・共済・日雇・船員・国保・後期高齢 | |
| | | 本人・家族の別 | 本人・家族 | 医療費助成 | 有・無 | 医療費助成の種類 | 特定医療費 ・ 特定疾患治療研究事業 |
| | 病名 | | | かかりつけ医 | 担当医 電話 | | |
| | 介護保険 | 有〔要介護 度〕・無〔要支援 度〕 | | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | 患者との続柄 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話 | | | | | |
| | | 緊急時 電話 | | | | | |
| | 一時入院を必要とする理由 | 介護者の在宅療養 ・ 介護者の入院 ・ 介護者の休息 ・ その他の理由 〔 〕 | | | | | |
| | 一時入院希望医療機関 | | 一時入院について担当医の了解を得ていますか。 | | | はい ・ いいえ | |
| 入院希望期間 | 年 月 日(曜日)から 年 月 日(曜日)まで | | | | | | |
| <p>私は、上記のとおり一時入院の申請をします。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ 印 _____</p> <p>沖縄県知事 殿</p> | | | | | | | |

難病診療連携コーディネーター確認欄

| | | | |
|-------------------------------|--------------------|---------|-------|
| 難病診療連携 コーディネーター 氏 名 | 印 | 一時入院の適否 | 適 ・ 否 |
| 一時入院期間 | 令和 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 一時入院施設 | | | |
| 適否の理由 (否の場合のみ専門 員が記載する) | | | |

沖縄県在宅難病患者一時入院事業運営指針

第4条 難病診療連携コーディネーターは、申請書を受領後、次に掲げる事項を総合的に勘案し、一時入院の適否を申請書に記入し知事へ進達する。

- ①介護者の状況（人数、健康状況）、②主たる介護者の状況、③本事業の実施状況
- ④患者のADL、⑤特段の事情等

2 前項の場合において、一時入院が適当であるとの意見の場合には、難病診療連携コーディネーターは、一時入院を希望する者又は家族及び一時入院施設と一時入院に関する調整を行い、申請書に一時入院施設名及び一時入院期間等を記載し、適当でないとの意見の場合は、その理由を記載する。

3 難病診療連携コーディネーターは、必要に応じて、主治医より医療状況等情報提供書の提出依頼、又はえんぼーとへの必要事項入力を依頼する。