

在宅難病患者一時入院申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者住所

氏 名

(患者との続柄)

電話番号

次により一時入院を申請します。

なお、この内容については、別紙の在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書により、受託一時入院先へ提供することを同意します。

ふりがな 対象患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所			
疾 病 名		特定医療費受給者番号	
保 険 証	記号番号	保険者名	
	種 類	国保・協管・船員・共済・健組・生保・国組・後期高齢 その他 ()	
一時入院を 希望する理由	介護者の休息・介護者の疾病等 その他 ()		
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 から 年 月 日		

難病医療コーディネーター確認欄

一 時 入 院 の 必 要 性	あり ・ なし
一 時 入 院 期 間	年 月 日 から 年 月 日
一 時 入 院 医 療 機 関	
否 の 理 由	
難病医療コーディネーター 特 記 事 項 欄	
難病医療コーディネーター氏名	㊟