協力病院　担当者　宛て

年　　　月　　　日

稲城市在宅医療支援病床利用申請書

稲城市在宅医療支援病床確保事業実施要綱５条の規定に基づいて、下記のとおり稲城市在宅医療支援病床の利用を申請します。また、この申請書を市へ提示することに同意いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （利用申請者）療養者本人情報 | ふりがな |  | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 氏 名 |  | 男・女 | 明　大　昭　　年　　月　　日（歳） |
| 住 所 |  | 電 話 |  |
| 要介護度 | 該当項目に「○」 | 要支援（１・２）、要介護（１・２・３・４・５）、事業対象者、申請中、未申請 |
| かかりつけ医 | 医療機関名医師名 | 連絡先電話 |
| 入院を必要とする理由 |  |
| 入院予定（希望）期間 | 年　　月　　日（　　曜日）～　　年　　月　　日（　　曜日） （　　　　日間） |
| 担当ケアマネジャー | 有・無 | 事業所名（　　　　　　　　　　　）・担当者（　　　　　　　　　　） |
| 訪問看護ステーション | 有・無 | 訪問看護ステーション名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 療養者本人以外の記入者（代筆者名） | 氏 名 |  | 療養者との関係 |  |
| 住 所 |  | 電 話 |  |

|  |
| --- |
| ＜備考＞ |