

指定病院 院長 宛て

墨田区在宅療養支援病床利用申請書

下記のとおり墨田区在宅療養支援病床の利用を申請します。また、この申請書を区へ提示することに同意いたします。

		申請日		年	月	日
右記の太枠内をご記入ください。	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			
かかりつけ医	医療機関名		連絡先電話			
	医師名					
入院を必要とする理由						
訪問看護ステーション	有・無	ステーション名 () ・ 担当者 ()				
担当ケアマネージャー	有・無	事業所名 () ・ 担当者 ()				
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	

【墨田区在宅療養支援病床事業の利用について】

区では、在宅で療養している方が速やかに入院して適切な治療を受けられるための病床を指定病院に確保しています。

※この事業は、かかりつけ医による病状の確認が必要です。ただちに救急車を呼ばなければならない状態（意識がない・体のけいれん・骨折など）は除きます。

(1) 利用対象者

18歳以上の墨田区民で、かかりつけ医や訪問看護師による管理及び指導が定期的に行われており、入院の必要があるとかかりつけ医や指定病院が認めた方。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、利用対象外です。

- ①長期的な入院を利用目的とする場合
- ②指定病院での医療又は介護が著しく困難と認められる場合

(2) 入院期間

入院の日数は、入院した日から起算して14日以内です。

(14日を超える入院治療となる場合は、指定病院の指示に従ってください。)

(3) 医療等にかかる経費

通常の入院と同じです。健康保険等を利用し、自己負担金部分及び健康保険適用外の費用は利用者の負担となります。入院にかかる移送費についても利用者の負担となります。

※利用する病床は指定病院の指示に従ってください。(一般室(差額ベッド代のかからない部屋)をご希望で満床の場合には有料室となりますが、差額ベッド代はかかりません。)

病院処理欄 (担当:)

利用期間	年 月 日から 年 月 日まで	利用日数 (日間)	備考
入院理由			
退院時の状況	退院 (軽快) ・ 継続入院 ・ 転院 ・ その他 ()		