様式第１号別紙

在宅難病患者レスパイト入院医療状況等情報提供書

年　　月　　日

医療機関名
主治医氏名
連絡先（電話番号）

ふりがな 患　者 氏　名	性別 男・女	生年月日 年　　月　　日生	年齢 歳
患者住所			
疾患名			
公費負担者番号・特定医療費受給者番号又は公費負担医療の受給者番号			
□□□□□□□－□□□□□□□			
病状経過及び検査結果 （感染症を含む）			
身体状況			
合併症	無　・　有（　　）		
人工呼吸器	無　・　有		
	気管切開	□している □していない	人工呼吸器の種類及び機種名	□TIPPV（　　） □NIPPV（　　）
補助人工心臓	無　・　有（機種名　　）		
その他の医療機器	無　・　有（名称　　）		
経管栄養の持込み	無　・　有（内容　　）		
服薬の持込み	無　・　有（現在の処方　　）		
治療経過 （把握できている範囲で記載してください。）			
緊急時の方針			
レスパイト入院希望期間	年　　月　　日（　）～　　年　　月　　日（　）		

※情報提供書は最新のものでお願いします。