様式第１号の１

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		生年月日	年　月　日（　歳）
住　所			
疾病名		特定医療費受給者番号	
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	㊞