

指定病院 院長 宛て

年 月 日

「目黒区在宅療養支援病床利用申請書」

目黒区在宅療養支援病床確保事業実施要綱第5条の規定に基づいて、下記のとおり目黒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。

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		
要介護度	該当項目に「○」	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)、申請中・申請予定		
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				
入院予定日	平成 年 月 日 (曜日)			
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		

【目黒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の病状の急変時(※)等に、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なため、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、病状の急変時から除きます。

(1) 利用対象者

目黒区の介護保険被保険者で、要支援・要介護認定(申請中及び入院中の申請予定者を含む)を受け、また、かかりつけ医等医療従事者による管理及び指導が定期的に行われている方で、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。

(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。入院に係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下さい。

病院処理欄(担当:)

利用期間	年 月 日から 年 月 日	利用日数(日間)	備考
利用状況	退院(軽快)・継続入院・転院・その他()		