

### 在宅療養支援ベッド利用申請書

下記の通り、埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業の在宅療養支援ベッドの利用を申請します。

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)、要介護度(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	
	科・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:		担当者名	
訪問看護ステーション	有・無	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		

**【埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業在宅療養支援ベッドの利用について】**

県では、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医療機関に確保しています。

※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、直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、病状の急変時からのぞきます。

**(1) 利用対象者**

埼玉県在宅療養充実支援事業の利用者登録を行い、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在宅療養支援医療機関での医療または介護が著しく困難と認められる場合

**(2) 入院期間**

原則として、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、自己負担金部分およ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。

※利用する病床は在宅療養支援医療機関の指示に従ってください。

在宅療養支援医療機関処理欄 (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( )