**在宅難病患者一時入院に関する条件確認書**

【医療機関等情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 |  | 非常用自家発電設備72時間以上連続稼働 | ○ |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  | 常勤医師の配置 | ○ |
| 担 当 者 |  |

【患者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 緊急時連絡先 | |
| 氏　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | 住　　所 |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |
| 受給者番号 |  | 続　　柄 |  |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名 | 電話番号 |  |
|  | 主治医名 |  |

【一時入院時のサービス内容】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 内　　容 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【利用料金（代表的なもの）】２泊３日の場合　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金額（円） | 備　　考 |
| 基本料金（体制加算を含む） |  |  |
| 処置に要する費用（酸素含） |  |  |
| 室料 |  |  |
| 食費 |  |  |
| その他 |  |  |
| 消費税及び地方消費税 |  |  |
| 入院費用　　A |  |  |
| 県補助額　　B |  | 19,270円×日数 |
| 患者負担額　A-B |  | 自宅から入院施設までの移送は別途患者負担 |

※入院時のお体の状態により、処置や検査が必要となった場合には、費用が異なります。

上記の内容を確認しました。

　　　年　　月　　日　　　　　（利用者署名欄）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（代筆の場合）　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係

この様式は医療機関が作成し、利用者が内容を確認の上署名すること。