

第1号様式（第6条第1項第1号）

## 横浜市メディカルショートステイ利用登録申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市長

次のとおり、メディカルショートステイの利用登録を申請します。

(申請者住所) 〒 \_\_\_\_\_ 区  
\_\_\_\_\_  
(電話番号) \_\_\_\_\_

(申請者氏名)  (利用者との続柄)

(利用者住所) 〒 \_\_\_\_\_ 区  
\_\_\_\_\_

(利用者氏名)  (性別)

(生年月日) 昭和・平成・令和 年 月 日生 歳  
(年 齢) \_\_\_\_\_

(主治医となる医療機関)

医療機関名

主治医氏名

(添付書類)

メディカルショートステイ患者情報連絡票〔本人・家族基本情報〕（第2号様式）

## メディカルショートステイの利用登録及び利用にあたっての留意事項

メディカルショートステイの利用にあたっては、次の留意事項に同意のうえ、利用登録、利用申込を行ってください。

- 1 メディカルショートステイの利用にあたり必要となる診療情報の提供について、横浜市から利用者（患者）の主治医等に対して依頼させていただきます。  
なお、提供いただいた診療情報については、後日医療機関（主治医等）受診の際に、診療情報提供料が算定（保険診療）されます。
- 2 ご提出いただいたメディカルショートステイ患者情報連絡票のほか、主治医等からの診療情報その他のメディカルショートステイ利用のために必要な情報について、必要最小限の範囲において、メディカルショートステイ協力医療機関（以下「受入先病院」という。）や、その他の関係機関に提供することがあります。  
また、受入先病院から横浜市に対し、看護サマリーなどメディカルショートステイの利用に関する情報を提供いただくことがあります。
- 3 メディカルショートステイの利用期間は、1回につき原則として7日間以内です。延長はできませんが、メディカルショートステイ利用中に利用者（以下「患者」という。）の身体状況等に変化があり、治療が必要となった場合などは、主治医と連絡のうえ、退院または転院をお願いすることがあります。  
また、受入先病院においてそのまま治療を継続することになった場合は、その日降は通常の入院扱いとなります。
- 4 入院する部屋および入退院時間は、受入先病院の状況により決定します。  
また、決定後の入退院の時間の変更はできません。
- 5 メディカルショートステイは検査や治療を目的としておりませんので、原則として行いません。ただし、入院時の診察において必要と判断された場合やメディカルショートステイ利用中に患者に体調変化等があった場合には、検査や治療を行う場合があります。  
また、患者に特段の変化がない場合は、特に医師から利用中の状態について説明は行いません。
- 6 メディカルショートステイ利用中は、受入先病院の体制・方法によりケアを行います。そのため、ご自宅で行うケアの内容とは異なることがあり、利用中の入浴等、ご希望に添うことが難しい場合があります。また、主治医からの指示以外のご対応はできない場合もあります。
- 7 自傷他害やチューブ等を抜去する行為等がある場合は、事前にお知らせください。利用者（患者）の安全を守るために、医師の指示のもと、必要な措置（一時的な行動制限を含む）を取る場合があります。

### 同意欄

メディカルショートステイの利用登録及び利用申込にあたり、上記の留意事項を確認し、これに同意して、メディカルショートステイを利用します。

年 月 日 保護者住所

保護者氏名（署名）