

横浜市メディカルショートステイ利用申込書（1）

年 月 日

（申込先）

横浜市長

「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」（1号様式裏面）を理解したうえで、次のとおりメディカルショートステイの利用を申込みます。

〒 _____
（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）

（申請事由）
 保護者又は家族の疾病、事故
 冠婚葬祭
 家族（きょうだい）の行事（墓参り含む）
 保護者（家族）の休養（旅行・里帰り含む）
 その他（ _____ ）

（希望入院期間） _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで _____ 日間

（利用中の緊急連絡先）

（1）氏名 _____ 利用者との続柄 _____ 電話番号 _____

（2）氏名 _____ 利用者との続柄 _____ 電話番号 _____

（入退院時の同行者）

氏名 _____ 利用者との続柄 _____ 移動手段 _____

横浜市メディカルショートステイ利用申込書（2）

（直近で利用した短期入所などの施設）

（1）施設名 _____ 利用日 _____

（2）施設名 _____ 利用日 _____

利用している施設がない場合は、してください

（利用中の訪問診療）

（1）施設名 _____ 利用日 _____

自宅で定期的に訪問診療を受けていない場合は、してください

（利用中の訪問看護）

（1）施設名 _____ 利用日 _____

（2）施設名 _____ 利用日 _____

利用している訪問看護ステーションがない場合は、してください

（利用中の安全の確保のためお聞きします。次の□に該当する項目にしてください。）

- ここ1年くらいの間で、自分を傷つける・ものを投げる・たたく等の行為があった
- ここ1年くらいの間で、体に挿入されているチューブ等を抜いたことがある
- 手や足をよく動かす
- 寝返り・座る・つかまり立ちをする

メディカルショートステイの利用申込にあたり、次の内容のすべてに同意して、メディカルショートステイを利用します。（同意される方はをお願いします）

- 自傷他害やチューブ等を抜去する行為等がある場合は、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。
- 入院する部屋・入退院時間は受入先病院が決定します。変更はできません。
- 利用中は、ご自宅で行うケアの内容とは異なることがあり、ご希望に添うことが難しい場合があります。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。

備考欄（ _____ ）（ _____ ）