第１号様式（第６条第１項第１号）

神奈川県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）

神奈川県知事

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）　〒

（電話番号）

（申請者氏名）　　　（利 用 者との続柄）

（利用者住所）　〒

（利用者氏名）　　　（性別）

（生年月日）（年　　齢）　昭和・平成・令和　　年　　月　　日生　　歳

（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）

利用者の主治医等が提供する診療情報提供書

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　御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は、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、受入先病院から神奈川県に対し、看護サマリー等の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。

2　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等は、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には、その日以降の入院は通常の入院扱いとなります。

3　入院する部屋は、受入先病院の状況により決定します。

4　感染症の流行等により、急遽、受入先病院が利用できなくなる場合があります。

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入院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、特に医師から入院中の状態について説明は行いません。

6　入院中は、受入先病院の体制・方法によりケアを行うため、自宅で行うケアの内容とは異なることがあり、御希望に添うことが難しい場合があります。

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 ____________________