

## 在宅重症心身障害児ショートステイサービス

## 利用の流れ

お名前 \_\_\_\_\_ 様

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 説明を受けました

\_\_\_\_\_ 承諾しました

	日時	家族の方にさせていただくこと	病院がすること
1	月 日	・各市町村担当者に「在宅重症心身障害児ショートステイ等促進事業」利用の相談	・相談後、市町村担当者より当院医療福祉事業課へ連絡が入ります
2	月 日	利用申し込み等の必要書類を送付し ます（病院のホームページからもダウンロード可能です）	<input type="checkbox"/> 3-①在宅重症心身障害児ショートステイサービス利用の流れ(NO.4) <input type="checkbox"/> 3-②利用申込書(NO.7) （最終利用日より1年経過している場合は、新たに記載していただく） <input type="checkbox"/> 3-③事前調査票(NO.5) （最終利用日より1年経過している場合は、新たに記載していただく） <input type="checkbox"/> 3-④在宅重症心身障害児ショートステイサービスをご利用される家族の方へ(NO.3)
3	月 日	・利用申込書とかかりつけ医からの紹介状を病院に送付	・予約登録一覧表にて管理
4	月 日	・おおよその利用状況のご連絡（予約）	・訪問日決定
5	月 日	・母子手帳のコピー（主に予防接種欄）と直近のお薬手帳を用意していただき、事前訪問日に拝見します	
6	月 日	・事前訪問日・時間の連絡があります	・ご自宅へ連絡をします

	日時	家族の方にさせていただくこと	病院がすること
7	月 日 時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前訪問</li> <li>・当院で初めて利用する方は、ご自宅に伺い、お話を聞かせて頂くことがあります。</li> <li>・お時間は 30 分程度を予定しています。</li> <li>・訪問看護の方も同席ができるように調整をお願いします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・病棟看護師・医療ソーシャルワーカーがご自宅へ伺いお子さんの様子を診させていただきます</li> <li><input type="checkbox"/>7-①医師が事前調査票の確認 (NO.5)</li> <li><input type="checkbox"/>7-②重要事項説明書 (NO.1)</li> <li><input type="checkbox"/>7-③契約書の説明を行います。(NO.2)</li> <li><input type="checkbox"/>7-③物品リスト (NO.6)</li> <li><input type="checkbox"/>7-④在宅重症心身障害児ショートステイ事業をご利用される家族の方に同意を頂きます。(NO.3)</li> </ul>
8	月 日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・希望日の確認</li> <li>※土日・祝日のご利用、ベッド状況により日時は要相談となります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用可能なおおよその時期を医療ソーシャルワーカーが連絡をします</li> </ul>
9	月 日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受け入れのお返事がきます</li> <li>・利用までに不明点があれば医療ソーシャルワーカーに連絡をください。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お断りする場合もございます</li> </ul>
10	<受け入れ前日> 月 日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院より連絡がきます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受け持ち担当医決定</li> <li>・ご家族へ連絡</li> <li>・到着時間・車の種類を確認</li> </ul>
11	<受け入れ当日朝> 月 日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検温をしていただき、熱がある場合はお電話をください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熱がある場合は、医師の判断により受け入れをお断りさせていただきます場合があります</li> </ul>
12	<受け入れ当日> 月 日 10時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院入口に到着してください</li> <li>ご家族より介護状況の補足確認・持参物品の確認・<input type="checkbox"/>持ち物リストの確認・退院日時の確認</li> <li><input type="checkbox"/>重要事項説明書<input type="checkbox"/>契約書の契約をしていただきます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が入院必要と判断した場合、ご家族へ連絡をさせていただき、医療に切り替わる事もあります。</li> </ul>

	日時	家族の方にしていただくこと	病院がすること
13	<退院当日> 月 日 10時	・ご家族と一緒に持ち物リストにて持参物品の確認・お会計	入院中の様子をお伝え <input type="checkbox"/> 持ち物リストに退院時の個数を記入

※ご利用はお申込み順になり、直前のお断りをすることもあります。