災害時在宅人工呼吸器電源確保事業交付申請書　別添２

**申請調書**

※太枠内は医療機関において御記載をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 住所 | | | | 病名 | | |
|  |  | | | |  | | |
| 人工呼吸器の機種・型番 | | 内臓バッテリー／持続時間 | | | | | 外部バッテリー保有数 |
|  | | 有　・　無 | | 時間 | | | 個 |
| 在宅療養指導管理料等の算定 | | | | | | | |
| □在宅人工呼吸指導管理料　　　　　　　　　　□人工呼吸器加算（在宅指導管理材料加算）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 人工呼吸器使用状況 | | | | | | 記載年月日 | |
| □上記の患者は、在宅で２４時間人工呼吸器を使用しています。 | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 医療機関名 | | | 主治医氏名 | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| 人工呼吸器取扱業者 | | | | | | | |
| ［名称］ | | ［担当者名］ | | | | | |
| ［所在地］ | | ［連絡先］ | | | | | |

≪購入予定品目≫

|  |  |
| --- | --- |
| 簡易自家発電装置（品名・型番） | 数量 |
|  |  |
| 蓄電池（ポータブル電源）（品名・型番） | 数量 |
|  |  |
| 人工呼吸器装着バッテリー（品名・型番） | 数量 |
|  |  |
| 人工呼吸器装着バッテリーの充電器・付属部品（品名・型番） | 数量 |
|  |  |

※人工呼吸器取扱事業者と安全性等について十分にご相談ください。