

地域医療連携室長	地域医療連携担当医師	地域医療連携係長	担当者

非常用発電機貸出申請書兼同意書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
とくしま医療センター西病院 院長 殿

【申請者】

〒

住 所 徳島県

医療機関名

代表者名

電話番号

以下のとおり、重症難病患者拠点・協力病院設備整備事業による非常用発電機の貸与について申請します。

※医療機関記入欄

対象者 (患者)	ふりがな		性別		生年月日	T・S・H・R				
	氏名		男	女		年	月	日生		
	住所					電話				
	必ず連絡がつく家族等の連絡先	氏名				電話				
患者の主たる疾患名【 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)						主たる介護者名・(続柄等)				
人工呼吸器等 装着について (※かかりつけ医 記入欄)	対象者については、在宅にて常時人工呼吸器(<input type="checkbox"/> 気管切開孔を介したものと <input type="checkbox"/> 鼻マスク または顔マスクを介したもの)を使用していることに間違いありません。 令和 年 月 日 担当医師氏名 ※直筆の場合は、押印の必要はありません。									

※対象者(患者)同意・申請欄

申請に係る同意 (全ての項目に <input checked="" type="checkbox"/> が必要)	<input type="checkbox"/> 貸与する発電機の種類・性能については指定できません。
	<input type="checkbox"/> 発電機での人工呼吸器の直接使用はできません。申請に当たっては使用方法等について人工呼吸器取扱事業者と十分にご相談ください。
	<input type="checkbox"/> 非常用発電機の使用・点検・調整及び燃料の取扱いについては、取扱説明書及び関係法令の定めに従って、自己の責任において行ってください。
	<input type="checkbox"/> 発電機を使用しての医療機器等の故障、生命に関わる事故等が生じても、徳島県、徳島病院、医療機器業者、納品業者は責任を負いかねます。
	<input type="checkbox"/> 発電機の使用にあたり、故意又は過失により修理又は調整の必要が生じた場合、修理又は調整に要する費用は自己負担とします。
	<input type="checkbox"/> 非常用発電機の利用に係る燃料等の購入費については、自己負担とします。
	<input type="checkbox"/> 県外転出や長期入院等のため、自家発電機を必要としない状況になった際は、速やかに返却をお願いします。
<input type="checkbox"/> 在宅療養難病患者の安全確保等を目的として、患者情報について、個人情報保護のもと、県、市町村、難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院・難病医療協力病院、物品取扱業者等へ情報提供を行うことがあります。	

【対象者(患者)から医療機関宛て申請】

私は在宅療養にあたり非常用発電機を利用したいため、上記の内容について十分理解した上、医療機関宛て貸与申請します。

令和 年 月 日

署名

※直筆の場合は、押印の必要はありません。

代筆者 ()

令和 年 月 日

署名

※直筆の場合は、押印の必要はありません。

非常用発電機貸出申請書兼同意書（記載例）

令和6年4月1日

独立行政法人国立病院機構
とくしま医療センター西病院 院長 殿

【申請者】 〒 〇〇〇-〇〇〇

住 所 徳島県徳島市万代町〇丁目〇番地

医療機関名 阿波病院

代表者名 阿波 一郎

電話番号 088-〇〇〇-〇〇〇〇

以下のとおり、重症難病患者拠点・協力病院設備整備事業による非常用発電機の貸与について申請します。

※医療機関記入欄

（患者者）	ふりがな	とくしま たろう	性別		昭和	T・S・H・R
	氏名	徳島 太郎	（男）	女	生年月日	62年 3月 18日生
	住所	徳島市万代町△丁目△番地			電話	
	必ず連絡がつく家族等の連絡先	氏名	088-〇〇〇-〇〇〇〇		電話	
患者の主たる疾患名【 <input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> ）					主たる介護者名・（続柄等）	
筋萎縮性側索硬化症					徳島 花子 ・ （妻）	
人工呼吸器等装着について（※かかりつけ医記入欄）	対象者については、在宅にて当時人工呼吸器（ <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開孔を介したものと <input type="checkbox"/> 鼻マスクまたは顔マスクを介したもの）を使用していることに間違いありません。					令和4年 4月 3日
	担当医師氏名 四国 三郎					
	※直筆の場合は、押印の必要はありません。					

※対象者（患者）同意・申請欄

申請に係る同意（全ての項目に <input checked="" type="checkbox"/> が必要）	<input checked="" type="checkbox"/> 貸与する発電機の種類・性能については指定できません。
	<input checked="" type="checkbox"/> 発電機での人工呼吸器の直接使用はできません。申請に当たっては使用方法等について人工呼吸器取扱事業者と十分にご相談ください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 非常用発電機の使用・点検・調整及び燃料の取扱いについては、取扱説明書及び関係法令の定めに従って、自己の責任において行ってください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 発電機を使用しての医療機器等の故障、生命に関わる事故等が生じても、徳島県、徳島病院、医療機器業者、納品業者は責任を負いかねます。
	<input checked="" type="checkbox"/> 発電機の使用にあたり、故意又は過失により修理又は調整の必要が生じた場合、修理又は調整に要する費用は自己負担とします。
	<input checked="" type="checkbox"/> 非常用発電機の利用に係る燃料等の購入費については、自己負担とします。
	<input checked="" type="checkbox"/> 県外転出や長期入院等のため、自家発電機を必要としない状況になった際は、速やかに返却をお願いします。
<input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養難病患者の安全確保等を目的として、患者情報について、個人情報保護のもと、県、市町村、難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院・難病医療協力病院、物品取扱業者等へ情報提供を行うことがあります。	

【対象者（患者）から医療機関宛て申請】

私は在宅療養にあたり非常用発電機を利用したいため、上記の内容について十分理解した上、医療機関宛て貸与申請します。

患者が自筆不可能な場合は代筆可。その場合は代筆者及び続柄を記載してください。

令和4年 4月 1日 署名 徳島 太郎

※直筆の場合は、押印の必要はありません。

代筆者（妻）

令和4年 4月 1日 署名 徳島 花子

※直筆の場合は、押印の必要はありません。