

厚木市重度障害児メディカルショートステイ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、申請してください。

- 1 メディカルショートステイ利用に当たり、厚木市重度障害児メディカルショートステイ利用申請書と厚木市重度障害児メディカルショートステイ利用者状況申告書を提出していただきます。
- 2 提出いただいたメディカルショートステイ利用者状況申告書は、受入れ医療機関に提供させていただきます。
- 3 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3日以内です。ただし、在宅での療育が困難と判断された場合は、最長で7日まで延長できます。メディカルショートステイ利用中に利用者の身体状況等に变化があり、治療が必要となった場合などは、主治医と連絡のうえ、退院又は転院をお願いすることがあります。
また、利用中において、そのまま治療が継続することになった場合は、その日以降は通常の入院扱いとなります。
- 4 利用する部屋は、病院の状況により決定します。
- 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、利用時の診察において必要と判断された場合や利用中の急な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、利用者に特段の変化が見られない場合は、特に医師から利用中の状態について説明は行いません。
- 6 利用中は、病院の体制・方法によりケアを行います。このため、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。

同意書

メディカルショートステイの利用にあたり、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（署名）