（様式第２号）

在宅人工呼吸器使用患者支援事業　実績報告書

（　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な　　　　　　　　氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |  | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　Tel ( )　 | 出生都　　　道府県 |  | 発症時　　　の職業 |  |
| 発症年月 | 年　　月 | 初診年月 | 　　　　　年　　月 | 保険種別 | 協・組・共・国・介・他（　　　　　） |
| 指定難病又は特定疾患名 |  | 医療受給者証又は特定疾患医療受給者証番号 |  |
| 当該月の訪問看護状況 | 診療報酬対象訪問看護 | 回　　　　数 | （月　　　　回、　週平均　　　　回）　　　 |
| 時　　　　間 | （月間総　　　　時間、　１回平均　　　　時間）　　 |
| 訪問看護の内 容 |  |
| 診療報酬対象外訪　問　看　護 | 回　　　数 | （月　　　　回、　週平均　　　　回）　　　 |
| 時　　　間 | （月間総　　　　時間、　１回平均　　　　時間）　　 |
| 訪問看護の内　　　　容　 |  |
| 　上記患者に対し在宅人工呼吸器使用患者支援事業に基づく訪問看護を行っ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　たので、その実績を報告します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　栃　木　県　知　事　様　　　　　　　　　訪問看護ステ－ション等医療機関の所在地および名称：　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　管理者氏名： |