

(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	年 月 日
				月 日	
住 所	〒		出生都 道府県	発症時 の職業	
	Tel ()				
発症年月	年 月	初診年月	年 月	保 險 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			
		包 括 型 訪 問 看 護 療 養 費 の 算 定 有 無	<input type="checkbox"/> 算定あり 包括型訪問看護療養費の算定日: <input type="checkbox"/> 算定なし		
	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					
訪問看護ステー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:					