

大阪市在宅人工呼吸器使用患者支援事業

(様式3-2)

訪問看護実績 (令和 年 月分 対象患者名)

| 日にち | 診療報酬内の 訪問看護 実施回数 | 本事業による 訪問看護 | | 備考 |
|-----|------------------------|----------------|--------|----|
| | | 回数 | 職種 | |
| 1日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 2日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 3日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 4日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 5日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 6日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 7日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 8日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 9日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 10日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 11日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 12日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 13日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 14日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 15日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 16日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 17日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 18日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 19日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 20日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 21日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 22日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 23日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 24日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 25日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 26日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 27日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 28日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 29日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 30日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |
| 31日 | 回 | 回 | 正看等・准看 | |

<記入方法>

※診療報酬内の訪問看護実施回数には、貴訪問看護ステーションにおける訪問回数を記載してください。

他の訪問看護ステーションが、診療報酬の範囲内で実施した回数については、こちらに記載しないでください。

※診療報酬内の訪問看護について、他の訪問看護ステーションで実施した場合は、備考欄に事業所名とその回数を記載してください。

※正看等とは、保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士をさします。

訪問看護ステーション等医療機関名()

担当者名()