

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

ふりがな 患者氏名			性別	男・女	生年 月日	明・大 昭・平・令 年 月 日		
住 所	〒				出生 都道 府県	発症 時の 職業		
	TEL ( )						都・道・府・県	
発症年月	昭・平・令 年 月		初診年月日	昭・平・令 年 月 日			保険種別	
指定難病 名称				特定医療費(指定難病) 受給者証番号				
過去1年 間の訪問 看護状況	訪問看護回数	(年 回、月平均 回)						
	訪 問 看 護 ステーション 等 医 療 機 関	住 所	〒					
		名 称						
		管 理 者						
	主 治 医	医 療 機 関 名						
		住 所	〒					
		氏 名						
申請書 記載者	氏 名				対象患者 との続柄			
	住 所	〒						
TEL ( )								

私は、訪問看護指示書、訪問看護計画書及び本事業の実績報告書が訪問看護ステーション等医療機関から大阪市に提出されるとともに、実績報告書が厚生労働省健康局疾病対策課に送付され、個人情報保護の保護のもと研究等の用に供されること及び本申請に係る参加の可否が訪問看護ステーション等医療機関に通知されることに同意の上、上記のとおり、在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請を行います。

令和 年 月 日

申請者氏名

(患者(患者が18歳未満の場合は保護者)氏名)

大 阪 市 長 あて

(注) 主治医の訪問看護指示書及び訪問看護計画書(診療報酬対象分とは別に行う分を含む)を添付してください。