

在宅人工呼吸器使用患者支援事業
実績報告書
(令和 年 月分)

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------------|------------------|--------------|----------|--------------------|--|--|--|
| ふりがな | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明・大 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| 住所 | (〒) | | | 出生 都道府県 | | 発症時 の職業 | | | |
| | TEL () | | | | | | | | |
| 発症年月 | 昭・平・令 年 月 | 初診年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | | 保険 種別 | 政・組・共・国・ 介・他() | | | |
| 指定難病 名 | | | | 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 | | | | | | | |
| | 当該事業対象 訪問看護 (診療報酬対象外) | 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 | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>大阪市長 あて</p> <p style="text-align: center;">〔所在地及び名称〕 所在地： 名称： 氏名： 電話番号：</p> | | | | | | | | | |

(注) 1 様式3-2 訪問看護実績を添付してください。

2 本報告書は、訪問看護治療研究の資料とするため、厚生労働省に送付しますので、御了解願います。