

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〕</p> <p style="text-align: center;">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。