

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

参加申請者	フリガナ			性別		
	氏名					
	生年月日	年 月 日 (才)				
	住所	〒 郡・市 町・村 (電話番号 :)				
	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			
	発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日		
過去1年間の 訪問看護の 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	所在地	〒			
		名称				
		管理者				
	訪問看護 ステーション 等医療機関	所在地	〒			
		名称				
		管理者				
	主治医	所在地	〒			
		名称				
		管理者				
	<p>私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局難病対策課に送付され、個人情報 報の保護のもと研究等の用に供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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請（申請書記載）者 〒 住所 氏名 受給者との続柄 () 電話番号</p> <p>徳島県知事 殿</p>					

訪問看護計画書
(在宅人工呼吸器使用患者支援事業用)

患者氏名		生年月日		(才)																								
住所		電話番号																										
看護目標	1 看護処置等 ・バイタルサインチェック ・吸引 ・疼痛緩和 ・メンタルケア ・排尿コントロール ・その他 () 2 家族看護への援助 ・食事介助 ・整容 ・その他 () 3 その他 ()																											
年月日	問題点等																											
備考	・医療保険による訪問看護の実施日程に○印を付け、()に回数を書いてください。																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>				項目	月	火	水	木	金	土	日	午前	()	()	()	()	()	()	()	午後	()	()	()	()	()	()	()
項目	月	火	水	木	金	土	日																					
午前	()	()	()	()	()	()	()																					
午後	()	()	()	()	()	()	()																					
	・その他																											

上記の訪問計画に基づき訪問看護を実施いたします。

令和 年 月 日

訪問看護ステーション等医療機関名

住所

電話

(FAX)

管理責任者

徳島県知事殿

様式第4号

在宅人工呼吸器使用患者支援事業
訪問看護指示料請求書（令和 年 月分）

請求金額 _____ 円

請求内訳

指示書発行日	対象患者名	訪問看護ステーション等医療機関名	金額

上記の通り請求します。なお、支払金額は下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

請求者 住 所

医療機関名

（氏名）

金融機関	銀行 信用金庫 組合		
預金の種類	1 普通預金 2 当座預金	口座番号	支店
口座名義人 (カタカナで記入)			

発行責任者及び担当者 ※本請求書の押印を省略する場合のみ記入してください。

発行責任者 (連絡先 - -)

担当者 (連絡先 - -)

様式第5号

在宅人工呼吸器使用患者支援事業
訪問看護費用請求書（令和 年 月分）

請求金額 _____ 円

請求内訳

対象患者名	訪問看護実施日	総回数	単価	請求金額

上記の通り請求します。なお、支払金額は下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

請求者 住 所
名 称

金融機関	銀行 信用金庫 組合 支店		
預金の種類	1 普通預金 2 当座預金	口座番号	
口座名義人 (カタカナで記入)			

発行責任者及び担当者 ※本請求書の押印を省略する場合のみ記入してください。

発行責任者 (連絡先 - -)
担当者 (連絡先 - -)

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)

フリガナ				生年月日	大・昭 平・令	年 月 日
氏 名		性別				
住 所	〒 (電話番号 : -)					
出 生 都道府県	県	発症時の職業		保険 種別	政・組・共 国・介・他()	
発症年月	令和 年 月	初診年月日	令和 年 月 日			
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				
	支援事業対象 訪問看護	回 数	月 回(訪問日:) 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>令和 年 月 日</p> <p>報 告 者</p> <p>訪問看護ステーション等医療機関の所在地及び名称</p> <p>所 在 地 〒</p> <p>名 称</p> <p>管理者氏名</p> <p>電 話 番 号</p> <p>徳 島 県 知 事 殿</p>						

訪問看護実績記録簿 (令和 年 月分)

(患者氏名)

(ステーション名)

様

日付・曜日		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
/	訪問時間	～	～	～	～	～
	職種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	診療報酬・支援事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業
	訪問看護 ステーション名					
/	訪問時間	～	～	～	～	～
	職種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	診療報酬・支援事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業
	訪問看護 ステーション名					
/	訪問時間	～	～	～	～	～
	職種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	診療報酬・支援事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業
	訪問看護 ステーション名					
/	訪問時間	～	～	～	～	～
	職種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	診療報酬・支援事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業
	訪問看護 ステーション名					
/	訪問時間	～	～	～	～	～
	職種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	診療報酬・支援事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業
	訪問看護 ステーション名					
/	訪問時間	～	～	～	～	～
	職種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	診療報酬・支援事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業
	訪問看護 ステーション名					
/	訪問時間	～	～	～	～	～
	職種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	診療報酬・支援事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業	診療・事業
	訪問看護 ステーション名					
【備考欄】						

※ 記入方法

- ・「訪問時間」の欄には、訪問看護を実施した時間を記録してください。
- ・「職種」の欄には、訪問看護を実施した看護師が、正看護師・准看護師のいずれにあたるか、該当する方にマルで囲んでください。
(貴ステーション以外で職種が不明な場合は記入不要です。)
- ・「診療報酬・支援事業」の欄には、該当する方にマルで囲んでください。
- ・「訪問看護ステーション名」の欄には、貴ステーション及び他のステーション名も記入してください。
- ・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指します。