

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 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>					

訪問看護指示書
(在宅人工呼吸器使用患者支援事業用)

患者氏名				生年月日			
患者住所				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			
現在の 状況	病状 治療 状態						
	投与中の 薬剤の用 法・用量						
	日常生活 自立度	寝たきり度	J	A	B	C	
		痴呆の状況	I	II	III	IV	M
	装着・使 用医療機 器等 (番号に ○印)	1 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式：設定) 2 吸引機 3 中心静脈栄養 4 輸液ポンプ 5 経管栄養 (経鼻・胃ろう：チューブサイズ 日に1回交換) 6 気管カニューレ (サイズ) 7 その他 ()					
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項 ----- II 1 リハビリテーション 2 褥そうの処置等 3 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4 その他							
緊急時の連絡先 不在時の対応方法							
特記すべき留意事項 (注：薬の副作用、副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載して下さい。)							

上記のとおり、在宅人工呼吸器使用患者訪問看護の実施を指示いたします。
令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医師氏名

様

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" style="width: 100%; text-align: center;"> <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> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</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 支 店		
預金の種類	1 普通預金	口座番号	
	2 当座預金		
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
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	口座番号	
	2 当座預金		
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					大・昭
氏名	性別 男 生年月日				平・令 年 月 日
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 管理者氏名 電話番号</p> <p>徳島県知事 殿</p>					