様式第６号

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 |  | 性別 |  | 生年月日 | 大・昭　　　　年　月　日平・令 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 　　　　　　（　電話番号　：　　　　－　　　　－ 　 ） |
| 出　　生都道府県 |  | 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 |  |
| 　　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。　　令和　　　　年 　　　月　　　日 　　報　告　者 訪問看護ステーション等医療機関の所在地及び名称　  　所　在　地 〒  　 　 　 　名　　　称  　管理者氏名  　電話番号  徳　島　県　知　事　　殿  |
|