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 | | | | | | | | | | | |
|