

在宅人工呼吸器使用患者支援事業 実績報告書

(年 月分)

| | | | | | |
|--|-----------------|----------------|------------------|------------|----------------------|
| ふりがな | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 患者氏名 | | | | 年 月 日 | |
| 患者住所 | 〒 Tel () | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 発症年月 | 年 月 | 初診年月日 | 年 月 日 | 保険種別 | 協・組・共・国・介 その他 () |
| 出生 都道府県 | | 発症時の 職 業 | | 受給者 番 号 | |
| 疾患名 | | | | | |
| 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 (注) | | | |
| | 診療報酬対象外 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 (注) | | | |
| 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。 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| (宛先) 埼玉県知事 | | | | | |
| 訪問看護ステーション等医療機関の所在地及び名称： | | | | | |
| 電話番号： | | | | | |
| 管理者氏名： | | | | | |

(注) 指示書に記載のある処置(胃瘻交換や膀胱留置カテーテル交換等) 援助を実施した場合は、実施日を記載してください。