（様式第２号）

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      氏　　名 |  | |  | | 生年  月日 | 年　　　月　　　日 | |
|  | |  | |
| 住　　所 | 〒  　　　　　Tel ( ) | | | 出生都    道府県 |  | 発症時    の職業 |  |
| 発症年月 | 年　　月 | 初診年月 | 年　　月 | | 保険  種別 | 協・組・共・国・介・他（　　　　　） | |
| 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 | |  | | |
| 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 |  | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 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  　　　　　　栃　木　県　知　事　様  　　　　　　　　　訪問看護ステ－ション等医療機関の所在地および名称：  　　　　　　　　　電話番号：  　　　　　　　　　管理者氏名： | | | | | | | |