様式　４

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  患者氏名 | |  | | | 性別 | | 男　・　女 | 生年  月日 | 明・大・昭・平  　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | | |
| 住 所  ※変更が無ければ省略可 | | 〒　　　　　-  　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　（　　　　） | | | | | | | |
| 指定難病  又は  特定疾患名 | |  | | | | 医療受給者証  又は  特定疾患受給者番号 | | |  |
| 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 |  | | | | | |
| 事業対象の  訪問看護  ※県へ請求する訪問看護について記載すること | | 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を行ったので、その実績を報告します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　千葉県知事　様  　　　　　訪問看護ステーション等医療機関の所在地    　　　　　名　　　称：  　　　　　電話番号：  　　　　　管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |