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 |