

(様式4号)

在宅人工呼吸器使用患者支援事業実績報告書 (月分)

| | | | | | | |
|---|------------------|-------------|-----------------------------|-------------|----------------|---------------------------|
| フリガナ 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年 月日 | 大・昭 平・令 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | 出生 都道府県 | | 発症 時の 職業 | |
| 発症年月 | 昭 平 令 | 年 月 | 初診 年月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 | 保険 政・組・共・国・他 () 種別 |
| 疾患名 | | | 特定医療費受給者証及び 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 | 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 | 訪問看護 の内容 | | | | |
| | | 回数 | (月 回、週平均 回) | | | |
| | 患者支援事業 対象訪問看護 | 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を行ったので、その実績を報告します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 兵庫県知事 様 | | | | | | |
| 訪問看護ステーション等医療機関の所在地・名称及び連絡先 所在地 〒 | | | | | | |
| 名称 | | | | | | |
| 管理者氏名 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 電子メールアドレス | | | | | | |