**在宅人工呼吸器使用患者支援事業実績報告書**

**（令和　　年　　月分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | 性  別 | 男・女 | | | | 生 年  月 日 | | | 昭和  平成 　 　 年　月　日  令和 | | |
| 氏　　名 | |  | | | | |
| 住　　所 | | 〒  TEL | | | | | | | 出生  都道  府県 | |  | | | | | 発症  時の  職業 |  |
| 発症年月 | | 昭  平　　年　月  令 | | 初　診  年月日 | 昭  平　　年　月　日  令 | | | | | 保 険  種 別 | | | 協・組・共・国・介・他（　　） | | | | |
| 疾 患 名 | |  | | | | 特定医療費（指定難病）  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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日  神戸市保健所長　宛  訪問看護ステー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： | | | | | | | | | | | | | | | | | |