別記第２号様式（第６条関係）

在宅人工呼吸器使用患者支援事業　実績報告書

（ 　 年 月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　　名 | |  | | | | 性別 | | 男・女 | | | 生年  月日 | 年 月 日 | | |
|  | | | |
| 住　　所 | | 〒  和歌山県  　　 Tel ( ) | | | | | 出生都  道府県 | | |  | | 発症時  の職業 | |  |
| 発症年月 | | 年 月 | | 初診年月日 | | 年 　月 　日 | | | | | | | 保険  種別 | 政・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 | |  | | | | | | | | | |
| 当該月の各日における訪問看護の実績回数   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 日付 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | 回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 日付 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  | | 回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ※診療報酬対象・診療報酬対象外を含めた1日毎の総回数を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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  和歌山県知事　様  　　　 訪問看護ステーション等医療機関の所在地および名称：    管理者氏名： | | | | | | | | | | | | | | |