様式３号（第９条の２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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | |  | | | | | 性別 | | 男・女 | | 生年  月日 | |  | | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | |
| 住　　所 | | 〒  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 | 協･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 | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  福岡県知事　殿  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： | | | | | | | | | | | | | | | | | |