（第２号様式）

**在宅人工呼吸器使用患者支援事業　実績報告書**

**（　　 年 月分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | 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 | | | 国･組･後･健協  ・健組・共・船 | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 治療研究事業  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 | |  | | | | | | | | | | |
| 上記患者に対し在宅人工呼吸器使用患者支援事業の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  香 川 県 知 事 殿  訪問看護ステーション等医療機関の所在地及び名称：  ：  管理者氏名： | | | | | | | | | | | | | | | | |