（第１号様式）

**在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 |  |
| 過去１年間の訪問看護状況 | 訪問看護回数 |  (年 回、月平均 回) |
| 訪問看護ステーション等医療機関 | 住 所 | 〒 |
| 名 称 |  |
| 管理者 |  |
| 主治医 | 医療機関名 |  |
| 住 所 | 〒 |
| 氏 名 |  |
| 申請書記載者 | 氏 名 |  | 受給者との続柄 |  |
| 住 所 | 〒 Tel （ ）  |
|  私は、本研究事業による訪問看護の記録が厚生労働省に送付され、個人情報保護のもと研究の用に供されることに同意の上、上記のとおり、在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請を行います。申請者氏名 　　 年 月 日  　　　　　 香 川 県 知 事 殿 |