様式４

宮城県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 | |  | | | | 性別 | 男・女 | 生 年  月 日 | 年　 月 　日 |
| 対象患者  氏　　名 | |  | | | |
| 住　　所 | | 〒  　　　　　　　TEL　　　　（　　　　　） | | | | | | 発症時  の職業 |  |
| 発症年月 | | 年　　　月 | | 初診年月日 | | 年　 月　 日 | | 保 険  種 別 |  |
| 指定難病名  又は  特定疾患名 | |  | | | | 医療受給者証番号  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  ※県へ請求する訪問看護について記載すること | | 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、宮城県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  　　宮城県知事　　　　　　　　　　　　　　　殿  　　　　　訪問看護ステーション等医療機関  　　　　　名称　：  　　　　　所在地　：  　　　　　電話番号　：  　　　　　管理者氏名　： | | | | | | | | | |