

(様式5 別紙)

福岡市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実績内訳表 (年 月分)

(患者氏名)

(ステーション名)

様

		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	
()	訪問時間	～	～	～	～	～	
	職 種						
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円	
()	訪問時間	～	～	～	～	～	
	職 種						
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円	
()	訪問時間	～	～	～	～	～	
	職 種						
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円	
()	訪問時間	～	～	～	～	～	
	職 種						
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円	
()	訪問時間	～	～	～	～	～	
	職 種						
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円	
()	訪問時間	～	～	～	～	～	
	職 種						
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円	
()	訪問時間	～	～	～	～	～	
	職 種						
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円	
合 計			@ 2,000	×	回	=	円
円			@ 2,500	×	回	=	円
			@ 7,950	×	回	=	円
			@ 8,450	×	回	=	円

※ 記入方法

- ① 「実施時間」の欄には、訪問看護を実施した時間を記録してください。
- ② 「職種」欄は、訪問看護を実施した職種が、看護師等・准看護師のいずれか、該当する方を選択してください。
- ③ 「他の訪問看護ステーション」欄は、同日1回目、2回目の訪問看護を他の訪問看護ステーションで実施した場合にその事業所の名称(略称で可)を記入してください。(「職種」欄は不明な場合は記入不要です。)
- ④ 「看護師等」とは、保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を指します。
- ⑤ 記載欄が不足する場合は、「別紙-2」を必要枚数コピーして記載してください。
その場合でも合計金額は1枚目にまとめて記載してください。

(様式5 別紙-2)

(年 月分)

(患者氏名)

(ステーション名)

様

		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種					
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円