

## 福岡市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				生年	年 月 日		
氏 名				月日			
住 所	〒			出生都道府県	発症時の職業		
	TEL ( )						
発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険種別	国保・後期高齢・健保協会 健保組合・共済・生保 その他 ( )		
指定難病名				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					
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 福岡市長</p> <p style="padding-left: 40px;">訪問看護ステーション等医療機関</p> <p style="padding-left: 40px;">所 在 地</p> <p style="padding-left: 40px;">名 称</p> <p style="padding-left: 40px;">管理者氏名</p> <p style="padding-left: 40px;">電話番号</p>							

※ この報告書は、訪問看護ステーション等医療機関が1か月分の実績を取りまとめ、翌月10日までに提出してください。