

堺市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実績報告書  
（ 年 月分）

対 象 患 者	フリガナ			性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名								
	住所	〒 電話番号 ( ) -				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	協・組・共・国・後 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	(月合計 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		(月合計 時間) (1回平均 時間)							
訪問看護の内容									
<p>上記患者に対し、堺市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、堺市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱第9条第1項の規定により、上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>堺市長 殿</p> <p style="text-align: center;">訪問看護ステーション等 所在地 〒</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">管理者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( ) -</p>									