様式第１号（第６条関係）

堺市在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　） | | |
| 指定難病の名称 |  | | | | | | | 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 | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | 医療機関 | 所在地 | |  | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 主治医氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 申請書  記載者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | 受給者  との続柄 | | |  | | | |
| 住　　所 | 〒  電話番号（　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、訪問看護指示書、訪問看護計画書及び本事業の実績報告書が訪問看護ステーション等から堺市に提出されるとともに、実績報告書が厚生労働省に送付され、個人情報の保護のもと、研究等の用に供されること及び本申請に係る結果が訪問看護ステーション等に通知されることに同意の上、堺市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱第６条第１項の規定により、上記のとおり申請します。  年　　月　　日  　　　申請者氏名  　　　　(対象患者)    堺　市　長　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意　主治医の訪問看護指示書及び訪問看護計画書（診療報酬対象分とは別に行う分を含む。）を添付してください。