

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 患者氏名			性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所 ※変更が無ければ省略可		〒 - TEL ( )				
指定難病 又は 特定疾患名				医療受給者証 又は 特定疾患受給者番号		
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				
	事業対象の 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				
<p>上記患者に対し在宅人工呼吸器使用患者支援事業を行ったので、その実績を報告します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>千葉県知事 様</p> <p>訪問看護ステーション等医療機関の所在地</p> <p>名 称: 電話番号: 管理者氏名:</p>						