

宮城県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 対象患者 氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒 () TEL ()				発症時の職業	
発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険種別		
指定難病名 又は 特定疾患名			医療受給者証番号 又は 特定疾患医療受給者証番号			

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	

※県へ請求する訪問看護について記載すること

上記患者に対し、宮城県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。

年 月 日

宮城県知事 殿

訪問看護ステーション等医療機関
名称：
所在地：
電話番号：
管理者氏名：