（第４号様式）

**京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業　実施報告書**

**（　　　年　月分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | | | | 生年  月日 | |  | | | | |
| 氏　 名 | |  | | | | | | | |
| 住 　所 | | 〒  ℡　　　（　　　　） | | | | | | | 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・介・他(　) | | |
| 指定難病名 | |  | | | | | | | | 特定医療費（指定難病）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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記患者に対し在宅人工呼吸器使用難病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  　　　　　　　　　　　　京都市長　宛  　　　　　　　　　　　　訪問看護ステーション等医療機関の所在地及び名称：      　　　　　　　　　　　　電話番号：  　　　　　　　　　　　　管理者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |