

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
(令和〇年4月分)

ふりがな	きょうと たろう		性別	男・女	生年 月日	昭和〇〇年〇月〇〇日		
氏 名	京都 太郎							
住 所	〒123-4567 〇〇区〇〇1-2-3 Tel 075 (012) 3456				出生 都道 府県	京都府	発症 時の 職業	会社員
発症年月	平成 〇年〇月	初診年月日	平成〇年〇月〇日			保 險 種 別	協・組・共・国・介・ 他()	
指定難病 又は 特定疾患名	筋萎縮性側索硬化症 ※指定難病の病名を記入してください。				医療受給者証又は 特定疾患医療受給 者証番号		0123456	
当 該 月	診療報酬対象 訪問看護	回 数	(月 〇回, 週平均 〇回)					
		時 間	(月間総 〇〇時間, 1回平均 〇〇時間)					
		訪問看護 の内容	(記入例) ※下記のとおり, 具体的に記入してください。					
本事業を請求する回数を記入してください。								
同 看 護 状 況	診療報酬対象 外訪問看護	回 数	(月 〇回, 週平均 〇回)					
		時 間	(月間総 〇〇時間, 1回平均 〇〇時間)					
		訪問看護 の内容	(記入例) ※下記のとおり, 具体的に記入してください。 痰吸引, 経管栄養管理, 呼吸器管理, 気切部ガーゼ交換					
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。								
令和〇年5月〇〇日								
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:								
京都市△区〇〇1-1								
株式会社〇〇 訪問看護ステーション〇〇								
電話番号 075-111-2222								
管理者氏名 〇〇 〇〇〇								