様式　5

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 氏　　名		性別	男・女	生　年 月　日	明・大 昭・平　　年　　月　　日		
住　　所	〒 Tel　（　）	出　生　都 道　府　県		発　症　時 の　職　業			
発症年月	昭和 平成　　年　月	初診年月日	昭和 平成　　年　月　日	保険 種別	政・組・共・国・介・他（　）		
疾患名		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	
	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

群馬県知事　　あて

訪問看護ステーション等医療機関の所在地：

名　　称：

電 話 番 号：

管理者氏名：