様式　２

**在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ ~~新規~~ ・ 更新 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  氏　　名 |  | | | | | 性別 | | 男・女 | 生　年  月　日 | | | 明・大  年　 月 日  昭・平 | | | | | | | |
|  | | | | |
| 住　　所 | 〒  Tel ( ) | | | | | | 出　生　都  道　府　県 | |  | | | 発　症　時  の 職　業 | | | |  | | | |
| 発症年月 | 昭 和  年 月  平 成 | | 初診年月日 | | | 昭 和  年　月　日  平 成 | | | | 保険  種別 | | | 政・組・共・国・介・他( ) | | | | | | |
| 疾患名 |  | | | | | | | 受給者番号 | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 過去  １年間の  訪問看護  状況 | 訪問看護回数 | | （年　　　　　回、月平均　　　　　回） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護  ステーション  等医療機関 | | 住　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 治 医 | 医療機関名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申  請  書  記  載  者 | 住　　所 | Tel ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | 受給者と  の続柄 | | |  | | | | |
| 私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局に送付され、個人情報の保護のもと研究等の用に供されることに同意の上、上記のとおり、在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録について申請を行います。  令和　　年　　月　　日  住　　　所  　 申請者氏名  （ 本 人 ）  群馬県知事　　　　　　　　　　　あて | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|