

第2号様式

在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業
実績報告書（平成 年 月分）

受 給 者	ふりがな 氏名						
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	性別	
	住所	〒					
	医療受給者証または 特定疾患医療受給者証番 号	●	●	●	●	疾患名	
	発症年月	昭 平	年	月	初診年月日	昭 平	年 月 月
	保険等種別	政管・船保・組合・共済・国保・退職国保・国組					
	老人保健法による医療受給資格	有・無 年 月 から適用					
当 該 月 の 訪 問 看 護 状 況	診療報酬 対象	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						
	治療研究 事業対象	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特定疾患患者訪問看護治療研究を行ったので、その実績を報告します。							
平成 年 月 日							
訪問看護ステーション等医療機関							
〒							
所在地							
名称							
管理者氏名							
電話番号 — —							
滋賀県知事 殿							

在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業
訪問看護指示料請求書（平成 年 月分）

平成 年 月 日

滋賀県知事 殿

請求金額 金 _____ 円

上記の金額を請求します。

（明細）

指示書発行日	対象患者名	指示先の訪問看護 ステーション等医療機関名	金額
平成 年 月 日			円
平成 年 月 日			円
平成 年 月 日			円
平成 年 月 日			円

〒

請求者 住 所

医療機関名

代 表 者

印

振 込 先	銀行		支店
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ	-----	
	口座名義	-----	

在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業
訪問看護費用請求書（平成 年 月分）

平成 年 月 日

滋賀県知事 殿

請求金額 金 _____ 円

上記の金額を請求します。

(明 細)

対象患者名	訪問看護実施日	回数	単価	請求金額
				円
				円
				円
				円

〒

請求者 住 所

訪問看護ステーション等医療機関名

代 表 者

印

振 込 先	銀行		支店
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ	-----	
	口座名義		

注1 あらかじめ「診療報酬対象外の訪問看護にかかる主治医の訪問看護指示書」を提出してあること。
注2 「訪問看護計画書（診療報酬対象分と対象外の分を含む訪問看護計画書）」を添付すること。