

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

愛知県知事 殿		年 月 日		
住所 申請者 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疾病対策課に送付され、個人情報の保護のもと研究の用に供されることに同意の上、下記のとおり在宅人工呼吸器使用患者支援事業の実施を申請します。				
フリガナ 患者氏名		生年 月日	年 月 日	
住 所	(郵便番号 -) 電話 ()	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	
指定難病 又は 特定疾患名		保険 種別	協・組・共・国・介・ 他 ()	
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	(郵便番号 -)	
		名 称		
		管理者		
	主 治 医	医療機関名		
		住 所	(郵便番号 -)	
氏 名				

- 1 主治医の訪問看護ステーション等医療機関への診療報酬分とは別に行う訪問看護指示書 (写) 1通
- 2 訪問看護ステーション等医療機関の訪問看護計画書 (写)
(診療報酬対象分と診療報酬とは別に行う分を含む) 1通
- 3 計画書の詳細のわかるもの 1通
- 4 臨床調査個人票 (特定医療費受給者証又は特定疾患医療給付事業受給者票の交付を受けていない場合) 1通