様式第５号

埼玉県在宅人工呼吸器使用患者支援事業

訪問看護実施記録（　　年　　月分）

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

	訪問日	訪問時間		所要時間（分）	診療報酬対象	診療報酬対象外	￥8,450（¥5,550）	￥7,950（¥5,050）	¥2,500	¥2,000
1		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
2		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
3		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
4		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
5		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
6		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
7		1								
		2								
		3								
		4								
		5								
		6								
		7								
		合　計								

上記のとおり報告します。

年　　月　　日　　訪問看護ステーション等医療機関名：