

《記入見本》

様式第6号

さいたま市在宅人工呼吸器使用患者支援事業

患者が内容の確認したことがわかるように
押印または署名をもらってください。

訪問看護実施記録 (令和〇〇年 〇〇月分)

患者氏名 □□ □□ **印**

複数の事業所が訪問している場合は全
ての事業所を含めた訪問回数を入力し

訪問日	訪問時間	訪問回数	職種	訪問者名	¥8,450 (¥5,550)	¥7,950 (¥5,050)	¥2,500	¥2,000
1 日	15:00 ~ 16:00	3回目・4回目 5回目・()回目	看護師	〇〇 〇〇			〇	
5 日	13:00 ~ 14:30	3回目・4回目 5回目・()回目	看護師	△△ △△	〇	××訪看 AM3回訪問		
10 日	15:00 ~ 16:00	3回目・4回目 5回目・()回目	看護師	〇〇 〇〇			〇	
15 日	15:00 ~ 16:00	3回目・4回目 5回目・(2)回目	看護師	〇〇 〇〇	〇	××訪看 AM訪問		
20 日	14:00 ~ 15:00	3回目・4回目 5回目・(2)回目	看護師	〇〇 〇〇	〇	××訪看 AM訪問		
25 日	13:00 ~ 14:00	3回目・4回目 5回目・()回目	看護師	△△ △△			〇	
25 日	16:00 ~ 17:30	3回目・4回目 5回目・()回目	看護師	〇〇 〇〇	〇			
30 日	16:30 ~ 17:30	3回目・4回目 5回目・()回目	看護師	△△ △△			〇	
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						
日	: ~ :	3回目・4回目 5回目・()回目						

他の事業所が同日に訪問している場合はその旨余白に
記入してください。

上記のとおり報告します。

〇〇年 〇月 〇日

訪問看護ステーション等医療機関名: 〇〇訪問看護ステーション