（第１号様式）

**在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | 性別 | | 男･女 | 生 年  月 日 | | | |  | | 年 　 月 　日 | |
|  | | | | | |
| 住 所 | 〒  Tel （ ） | | | | | | | 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 | | | 保険  種別 | | | 国･組･後･健協  ・健組・共・船 | | |
| 指定難病  又は  特定疾患名 |  | | | | | | | 医療受給者証又は特定疾患医療受給者証番号 | | | | |  | | | | |
| 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 | 氏 名 | |  | | | | | | | | 受給者と  の続柄 | | | |  | | |
| 住 所 | | 〒  Tel （ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、本研究事業による訪問看護の記録が厚生労働省に送付され、個人情報保護のもと研究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申請を行います。  申請者氏名  年 月 日    　　　　　 香 川 県 知 事 殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | |