在宅人工呼吸器使用患者支援事業　報告書（訪問看護基本療養費版）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿月

	日		月		火		水		木		金		土	
	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）
1														
2														
3														
4														
5														
1														
2														
3														
4														
5														
1														
2														
3														
4														
5														
1														
2														
3														
4														
5														
1														
2														
3														
4														
5														

千葉　太郎　　様　　7　　月

	日		月		火		水		木		金		土	
	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）	時間	ステーション（職種）
	1		2		3		4		5		6		7	
1	10:00~	○○（正看）	10:00~	○△（PT）	10:00~	○△（准看）	10:00~	○△（正看）	10:00~	○△（正看）	10:00~	○○（正看）	10:00~	○○
2	12:00~	○○（正看）	12:00~	○△（准看）	12:00~	○△（准看）	12:00~	○△（正看）	12:00~	○△（OT）	12:00~	○△（正看）	12:00~	○○
3	**14:00~**	○○（**正看**）	**14:00~**	○○（**正看**）	14:00~	○○（正看）	**14:00~**	○○（**正看**）	**14:00~**	○△（**正看**）	14:00~	○○（正看）		
4			**15:00~**	○○（**PT**）	**15:00~**	○○（**准看**）			**15:00~**	○○（**正看**）	**15:00~**	○○（**正看**）		
5														