

# 記入例 (赤字部分が記載、入力する箇所です)

東京都難病患者在宅レスパイト事業実績報告書

※色つきセルのみ入力してください  
 ※①から④の順番に入力してください。入力した際に黒くなったセルは加算対象外です。修正する際は、①から順番に入力を消してください。

※同日に在宅レスパイト事業のみの実施の場合は「1」を入力してください。  
 ※同一日に医療保険の訪問と在宅レスパイトにより複数回訪問している場合は、訪問の順序に関係なく在宅レスパイトを含む合計の訪問回数を入力してください。

別紙6  
 【ST→ST協会への報告用】

ST名	患者氏名	実施日	①実施時間 (時間数)	①金額	②同じ月の訪問看護 実施の有無 (○/×)	②金額	③(②○の場合)在宅レ スパイトと同日の訪 問回数	③金額	④乳幼児(6歳未満) (○/×)	④金額	⑤(②×の場合) 気管切開の有無 (○/×)	⑤金額	請求金額
1	△△訪問看護ステーション	東京 太郎	2024/6/1	3	16,500	○	3,000	2	4,500		0	0	24,000
2	△△訪問看護ステーション	大江戸 桜	2024/6/10	5	27,500	○	3,000	1	0	×	0	0	30,500
3	△△訪問看護ステーション	南町 空	2024/6/8	3	16,500	×	7,440		0	○	1,500	×	2,500
4	△△訪問看護ステーション	南町 空	2024/6/28	2	11,000	○	3,000	1	0	○	1,500		15,500
5				0				0				0	0
6								0				0	0
7								0				0	0
8				0		0		0				0	0
9				0		0		0				0	0
10				0		0		0				0	0
11				0		0		0				0	0
12				0		0		0				0	0
13				0		0		0				0	0
14				0		0		0				0	0
15				0		0		0				0	0
16				0		0		0				0	0
17				0		0		0				0	0
18				0		0		0				0	0
19				0		0		0				0	0
20				0		0		0				0	0
合計			13	71,500		16,440		4,500			3,000	2,500	97,940

医療保険での訪問看護を実施していない患者に対し、1月に複数回在宅レスパイトでの訪問を行った場合、2回目以降は「0」を選択してください。

上記のとおり報告します。

令和6年6月30日

東京都訪問看護ステーション協会 殿

報告者 住所  
 事業所名

東京都新宿区西新宿2-8-1  
 △△訪問看護ステーション

氏名

西町 一郎

各事業所の管理者の氏名をご記載ください。