

第4号様式

松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施報告書

(あて先) 松戸市長

年 月 日

(申請者)

法人住所	
法人名	
法人代表者名	
担当事業所名	
本件責任者名 (役職・氏名)	
担当者名 (役職・氏名)	
事業所連絡先(電話) (メールアドレス)	

年 月 日付松 第 号で承認のあった松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練協力謝礼金について、訓練を実施しましたので、次のとおり報告します。

【 年 月分】

訓練実施患者数	人
停電対応訓練協力謝礼金合計額 (1人あたり 5,200 円)	円

【振込先】

銀行名		支店名	
預金種別	普通 ・ 当座		
口座番号			
口座名義			

記入例

松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施報告書

(あて先) 松戸市長

〇年 〇月 〇日

(申請者)

法人住所	法人住所を記入
法人名	法人の正式名称を記入
法人代表者名	法人の代表者名を記入
担当事業所名	訓練を担当する事業所の正式名称を記入
本件責任者名 (役職・氏名)	管理者 〇〇 △〇△
担当者名 (役職・氏名)	看護師 △〇 〇〇
事業所連絡先 (電話) (メールアドレス)	047-〇〇〇-〇〇〇〇〇〇 Abcdefg@aaa.co.jp

令和 〇年 〇月 〇日付松健健 第 〇〇号で承認のあった松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練協力謝礼金について、訓練を実施しましたので、次のとおり報告します。

【 令和 〇年 〇月分】

訓練実施患者数	人
停電対応訓練協力謝礼金合計額 (1人あたり 5,200 円)	円

【振込先】

銀行名		支店名	
預金種別			
口座番号			
口座名義			

第4様式の2

松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施報告書

【訓練の情報】	
訓練実施日	年 月 日
実施事業所名	
担当者名(職員)・職種	職種
実施した訓練 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 訓練 1 非常用外部電源(ポータブル電源)で人工呼吸器・加湿器を駆動する訓練
※訓練 2 のみ実施の場合は謝礼金支給対象外	<input type="checkbox"/> 訓練 2 自動車などを用いて非常用外部電源の充電を行う訓練

【患者情報】	
ふりがな	
氏 名	
生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日
住所	松戸市
主介護者名・続柄	続柄

【確認事項】

この訓練は、松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施要領に基づき訓練を実施したことに相違ありません。

実施者名(職員) _____

※以下実施計画書と相違がなければ記入不要

【医療機関名】	往診・外来
【医療機器情報】	
呼吸器メーカー・機種	機種
TPPV / NPPV	TPPV / NPPV ○をつける
人工呼吸器使用時間	(1日あたり) 時間
その他使用する医療機器	加湿加温器・吸引器 ○をつける 他 ()
【非常用外部電源の情報】	
種類	ポータブル電源 ・ DC/ACインバーター ○をつける その他 ()
非常用電源の普段使いの有無	有 / 無 ○をつける

記入例

松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施報告書

【訓練の情報】	
訓練実施日	〇〇 年 〇 月 〇 日
実施事業所名	〇〇〇〇〇〇事業所
担当者名(職員)・職種	〇〇 △〇△ 職種 看護師
実施した訓練 (□にレ点)	<input checked="" type="checkbox"/> 訓練 1 非常用外部電源(ポータブル電源)で人工呼吸器・加湿器 を駆動する訓練
※訓練2のみ実施の場合 は謝礼金支給対象外	<input checked="" type="checkbox"/> 訓練 2 自動車などを用いて非常用外部電源

実施する訓練に〇をつけて
ください。

【患者情報】	
ふりがな	〇〇〇 〇〇〇
氏 名	〇〇〇 〇〇〇
生年月日	(T・S・H・R) 〇 年 〇 月 〇 日
住所	松戸市〇〇〇 〇〇—〇〇
主介護者名・続柄	〇〇〇 〇△〇続柄 母

【確認事項】

この訓練は、松戸市在宅人工呼吸器使用患者停電対応訓練実施要領に基づき訓練を実施したことに相違ありません。

実施者名(職員) 〇〇〇 〇〇〇

※以下実施計画書と相違がなければ記入不要

【医療機関名】	
【医療機器】	
呼吸器メーカー	
TPPV / NPPV	〇をつける
人工呼吸器	
その他使用 医療機器	〇をつける)
【非常用外 種類	ンバーター 〇をつける)
非常用電源 いの有無	〇をつける

計画書に記載した内容と異なる場合のみ記入
してください。