様式第５号（第11関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

岩手県知事　様

補助事業者

所在地

名称

代表者名

取組状況報告書

　　　年　　　月　　　日付け岩手県指令第　　　号で補助金の交付の決定の通知のあった在宅医療推進設備整備費補助金について、在宅医療の取組状況を下記のとおり報告します。

記

１　年度における訪問診療等の実績

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　間 | 訪問診療  （訪問看護）の計画数 | 訪問診療  （訪問看護）の延実施件数 | 患者実人数 | 人員体制 | 訪問診療  （訪問看護）を行う日時 |
| 令和　年度 | 件/月 | 件/月  （年間件数÷12） | 人/月  （年間件数÷12） | 医師　　　　 人  看護師　　　 人  他（　　　） 人 | 毎週　曜日  　時～　時 |
| 令和　年度 | 件/月 | 件/月  （年間件数÷12） | 人/月  （年間件数÷12） | 医師　　　　 人  看護師　　　 人  他（　　　） 人 | 毎週　曜日  　時～　時 |
| 令和　年度 | 件/月 | 件/月  （年間件数÷12） | 人/月  （年間件数÷12） | 医師　　　　 人  看護師　　　 人  他（　　　） 人 | 毎週　曜日  　時～　時 |

２　今後の取組予定

|  |
| --- |
|  |