

横浜市医療的ケア児・者レスパイト実績記録票

事業所名	〇〇訪問看護ステーション									
利用登録申請者氏名	横浜 太郎				サービス提供年月	令和 8 年 6 月 分				
医療的ケア児・者の氏名	横浜 花子				医療的ケア児・者の生年月日	令和 2 年 3 月 4 日				
当月の合計算定時間	2.5 時間			当年度の累計利用時間	6 / 24 時間					

日付	曜日	サービス提供						保護者確認・署名	備考	サービス提供種別			
		開始時刻		終了時刻		算定時間							
6/26	金	14	:	00	15	:	00	1	:	00	横浜 太郎		<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供
6/30	火	11	:	15	12	:	45	1	:	30	横浜 太郎		<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供
		:		:	:		:						<input type="checkbox"/> ヒアリング <input type="checkbox"/> 家族の付き添いあり <input type="checkbox"/> サービス提供

【注意事項】

- ・医療保険制度の適用対象となる訪問看護の時間は記入せず、「横浜市医療的ケア児・者レスパイト事業」の利用時間のみ記入してください。
- ・算定時間は30分単位で記入してください。  
(30分に満たない利用時間は切り捨てて記入してください。)
- ・サービス提供の都度、保護者に確認欄への署名を依頼してください。
- ・サービス提供種別の欄は当てはまるものにチェックをつけてください。
- ・サービス算定時間の合計を「当月の合計算定時間」に記入してください。
- ・複数人での訪問を実施した場合は、備考欄に訪問人数を記載してください。  
(例：10:00-11:00 2名で訪問)