|  |  |
| --- | --- |
| 訪問看護事業者の証明 | (職員氏名) |
| 傷病名 | (訪問看護期間)　令和　　　年　　　月　　　日から　令和　　　年　　　月　　　日まで　訪問看護の回数　　　　　　　回 |
| 傷病の経過 |
| 基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ) | 保健師、助産師、看護師　　　　　円×　　回　　　　　円准看護師　　　　　円×　　回　　　　　円専門の研修を受けた看護師　　　　　円×　　回　　　　　円理学療法士、作業療法士等　　　　　円×　　回　　　　　円加算　　　円×　　回　　　　　円　　　　　　　（時間）　　　円 |
| 指示期間 | 指示期間令和　年　月　日から年　月　日まで |
| (特別指示期間)令和　年　月　日から年　月　日まで |
| 主治医への直近報告年月日　令和　年　月　日 |
| 訪問日１ 　２ 　３ 　４ 　５ 　６ 　７８　 ９　 10　 11　 12　 13　 1415　 16 　17 　18 　19　 20　 2122　 23　 24　 25　 26　 27　 2829　 30　 31 |
| 管理療養費 | 管理療養費　　　円＋　　円×　　日　　　円管理療養費の加算　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 情報提供療養費 | 円 | 提供した情報の概要 |
| 情報提供先の名称 |
| ターミナルケア療養費 | 円死亡年月日　令和　年　月　日 | 　専門の研修 | 基本療養費(Ⅰ)　(Ⅱ) | 1緩和ケア　2褥瘡ケア3人工肛門・人工膀胱ケア |
| 合計 | 円 | 専門管理加算 | 1緩和ケア　2褥瘡ケア3人工肛門・人工膀胱ケア4特定行為(　　　　　) |
| (備考) |
| 手順書交付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 直近見直し年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名　　医療機関の名称　　主治医の氏名 |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　　　　　　　　　　訪問看護事業者の　所　在　地名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名 |

４号紙