|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 　７  ８　 ９　 10　 11　 12　 13　 14  15　 16 　17 　18 　19　 20　 21  22　 23　 24　 25　 26　 27　 28  29　 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