

訪問看護事業者の証明		(職員氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
基本療養費 (I) (II)	保健師、助産師、看護師 円× 回 円	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	
	准看護師 円× 回 円		
	専門の研修を受けた看護師 円× 回 円	主治医への直近報告年月日 令和 年 月 日	
	理学療法士、作業療法士等 円× 回 円	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	
	加算 円× 回 円 (時間)		
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 日	死亡年月日 令和 年 月 日	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		専門の研修	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			
訪問看護事業者の { 郵便番号 所在地 名称 代表者氏名			