

＊12 訪問看護事業者の証明		(職員氏名)						
傷病名		(訪問看護期間) 年 月 日から 年 月 日まで						
傷病の経過		訪問看護の回数 回						
基本療養費 (Ⅰ) (Ⅱ)	保健師、助産師、看護師 円 × 回 円	指示期間	指示期間 年 月 日から 年 月 日まで					
	准看護師 円 × 回 円		(特別指示期間) 年 月 日から 年 月 日まで					
	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 年 月 日						
	理学療法士、作業療法士等 円 × 回 円	訪問日						
	加算 円 × 回 円	1 2 3 4 5 6 7						
	(時間) 円	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	提供した情報の概要					
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日 円 日	情報提供先の名称						
合計	円	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				
(備考)			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 ()				
			手順書交付年月日	年 月 日				
			直近見直し年月日	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。 (この欄の記入は、訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。) 年 月 日 訪問看護事業者の { 名称 所在地 代表者氏名								