

*15 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							
	准看護師	円	×	回	円	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	(特別指示期間)							
	理学療法士、作業療法士等	円	×	回	円	年	月	日から	年	月	日まで		
	加算	円	×	回	円	主治医への直近報告年月日							
				(時間)	円	訪問日							
管理療養費	管理療養費	円	+	円	×	日	1	2	3	4	5	6	7
	管理療養費の加算	円			円		8	9	10	11	12	13	14
		円			円		15	16	17	18	19	20	21
情報提供療養費		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	情報提供先の名称							
合計		円	基本療養費 (I) (II)		1 緩和ケア	2 褥瘡ケア							
(備考)			専門管理加算		3 人工肛門・人工膀胱ケア								
			専門の研修		1 緩和ケア	2 褥瘡ケア							
			手順書交付年月日		3 人工肛門・人工膀胱ケア								
			直近見直し年月日		4 特定行為 ()								
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。													
年 月 日 訪問看護事業者の { 名称 所在地 代表者氏名													