＊15　訪問看護事業者の証明

（職員氏名）

傷病名	
傷病の経過	

（訪問看護期間）

年　月　日から

年　月　日まで

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 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
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
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日　年　月　日
合計	円

（備考）

指示期間

年　月　日から　年　月　日まで

（特別指示期間）

年　月　日から　年　月　日まで

主治医への直近報告年月日　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				

提供した情報の概要

情報提供先の名称

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
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。

年　月　日

訪問看護事業者の　名称　所在地　代表者氏名