

* 15 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		年 月 日から 年 月 日まで							
基本療養費 (I) (II)	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士	訪問看護の回数						回	
	円 × 回	円						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	
	円 × 回	円							
	准看護師	円						主治医への直近報告年月日 年 月 日	
	円 × 回	円							
加算	円 × 回 (時間)	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	
管理療養費	管理療養費	円							
	円 + 円 × 日	円							
情報提供療養費	管理療養費の加算	円							提供した情報の概要
		円							情報提供先の市区町村名
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日	円						(備考)	
合計		円							
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									
所在地 名称 代表者氏名									