

<b>*15 訪問看護事業者の証明</b>		(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	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				
		円	×	回	円	8	9	10	11	12	13	14				
		円	×	回	円	15	16	17	18	19	20	21				
		円	×	回	円	22	23	24	25	26	27	28				
		円	×	回	円	29	30	31								
	管理療養費	管理療養費	円	+	円	×	日									
管理療養費の加算		円	×	日												
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	円	情報提供先の名称														
死亡年月日	年 月 日															
合計	円															
(備考)		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 (自署又は押印)																