5 号 紙

訪 問 看 護 事 業 者 の 証 明 書

氏　　名	

傷 病 名		（訪問看護期間） 年　　月　　日から 年　　月　　日まで 訪問看護の回数　　回	
（傷病の経過）			
基本療養費	□保健師　□看護師　□理学療法士 □作業療法士 円 ×　　回　　円 □准看護師 円 ×　　回　　円	指示年月日	年　月　日
		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	
管理療養費	初　日　　円 ２回目以降　　回　　円		
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 死亡年月日　　年　　月　　日	情報提供先の市（区）町村の名称	
		（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

［注意事項］

1　該当する□に✓印を記入すること。

2　この様式中、訪問看護の内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した訪問看護療養費明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。