**＜初回訪問チェックリスト＞**

利用者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　様

初回訪問日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

契約した看護師： .

受け持ち看護師： .

**保健種別　□医療保険　　　□介護保険　　　※チェックを入れて下さい**

\* 提出書類 \*

□ 初回訪問記録　　　□新規受付簿　　　　□医療保険証写し

□ 介護保険証写し　　□介護保険負担割合証写し

□ 訪問看護指示書

〔 □ 指示期間の確認 ・　　□ 装着、使用医療機器等の確認 〕

□ 退院後の往診医の有無 〔 無　・　有　＜　　　　　　　　　　　　　　　＞ 〕

　 ※ 往診医有の場合の指示書請求先　〔 病院　　・　　往診医 〕

往診医への指示書請求月 〔　　　　　月～ 〕

□ 医療券 〔 有　＜　　　　　　　　　　　　　　　　　＞ ・　無 〕

□ 退院時共同指導加算 〔 医療　・　介護 〕　＜実施日　　　／　　　＞

□ 退院支援指導加算 〔 医療保険 〕　＜退院日　　　／　　　＞

□ 初回加算 〔 介護保険 〕 　※退院時共同指導加算を算出する場合は算出できない

□ 口座振替 　　 　 □ 現金

□ 学生実習 〔　可　　・　不可 〕