

<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 〕