

○訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

1社・国3後 1単独 2本人18高齡一 22併4大歳10高齡7 33併6家 0高齡7

様式第四

様式第四を次のように改める。

公費負担番号①		公費負担医療の受給者番号①		公費負担番号②		公費負担医療の受給者番号②	
氏名		性別		年齢		特記	
1男 2女		1明 2大 3昭 4平		生			
職務上の事由		1職務上		2下船後3月以内		3通勤災害	
訪問開始年月日		訪問終了年月日		訪問終了時刻		実日数	
1 年 月 日		2 年 月 日		午前 午後 時 分		日	
訪問終了の状況		1軽快		2施設		3医療機関	
4死亡		5その他()					
死亡の時刻		年月日		午前・午後 時 分			
死亡の場所		1自宅		2施設		3病院	
4診療所		5その他()					
指示期間		年月日～年月日		主治医の氏名			
(特別指示期間)		年月日～年月日					
基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)		(公費分金額)		緊急訪問看護加算		円 × 日 円	
① 看護師等(週3日目まで)		円 × 日 円		② 長時間訪問看護加算		円 × 日 円	
(週4日未満)		円 × 日 円		③ 複数名訪問看護加算		円 × 日 円	
理学療法士等(週3日目まで)		円 × 日 円		④ 看護師等		円 × 日 円	
(週4日未満)		円 × 日 円		作業療法士		円 × 日 円	
専門の研修を受けた看護師		円 × 日 円		⑤ 准看護師		円 × 日 円	
⑥ 准看護師(週3日目まで)		円 × 日 円		看護補助者		円 × 日 円	
(週4日未満)		円 × 日 円		精神保健福祉士		円 × 日 円	
理学療法士等(週3日目まで)		円 × 日 円		⑥ 夜間・早朝訪問看護加算		円 × 日 円	
(週4日未満)		円 × 日 円		⑦ 深夜訪問看護加算		円 × 日 円	
専門の研修を受けた看護師		円 × 日 円		基本療養費(Ⅱ)			
④ 准看護師(週3日目まで)		円 × 日 円		⑧ 看護師等		円 × 日 円	
(週4日未満)		円 × 日 円		作業療法士		円 × 日 円	
⑤ 難病等複数回訪問加算		円 × 日 円		⑨ 延長時間加算		円 × 時間 円	
円 × 日 円		円 × 日 円		基本療養費(Ⅳ)			
⑥ 緊急訪問看護加算		円 × 日 円		⑩ 看護師等		円 × 日 円	
⑦ 長時間訪問看護加算		円 × 日 円		作業療法士		円 × 日 円	
⑧ 乳幼児加算		円 × 日 円		⑪ 管理療養費		円 + 円 × 日 円	
⑨ 幼児加算		円 × 日 円		⑫ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算		円 円	
⑩ 複数名訪問看護加算		円 × 日 円		⑬ 特別管理加算		円 円	
看護師等		円 × 日 円		⑭ 退院時共同指導加算		円 × 回 円	
理学療法士等		円 × 日 円		特別管理指導加算		円 × 回 円	
准看護師		円 × 日 円		⑮ 退院支援指導加算		円 円	
看護補助者		円 × 日 円		⑯ 在宅患者連携指導加算		円 円	
⑪ 夜間・早朝訪問看護加算		円 × 日 円		⑰ 在宅患者緊急時等カンパレンス加算		円 × 回 円	
⑫ 深夜訪問看護加算		円 × 日 円		⑱ 情報提供療養費		円 円	
基本療養費(Ⅲ)				⑲ ターミナルケア療養費		円 円	
⑬ 看護師等		円 × 日 円		訪問日		1 2 3 4 5 6 7	
理学療法士等		円 × 日 円		8 9 10 11 12 13 14		15 16 17 18 19 20 21	
⑭ 看護師等(週3日目まで、30分未満)		円 × 日 円		22 23 24 25 26 27 28		29 30 31	
(週3日目まで、30分以上)		円 × 日 円		主治医への直近報告年月日		年 月 日	
⑮ 作業療法士(週3日目まで、30分未満)		円 × 日 円		提供した情報の概要			
(週3日目まで、30分以上)		円 × 日 円		情報提供先の市(区)町村等の名称			
⑯ 准看護師(週3日目まで、30分未満)		円 × 日 円		特記事項			
(週3日目まで、30分以上)		円 × 日 円		1 他①			
⑰ 作業療法士(週3日目まで、30分未満)		円 × 日 円		2 他②			
(週3日目まで、30分以上)		円 × 日 円		3 従			
⑱ 准看護師(週3日目まで、30分未満)		円 × 日 円		4 特定			
(週3日目まで、30分以上)		円 × 日 円		5 介			
⑲ 看護師等(週3日目まで、30分未満)		円 × 日 円		6 支援			
(週3日目まで、30分以上)		円 × 日 円					
⑳ 作業療法士(週3日目まで、30分未満)		円 × 日 円					
(週3日目まで、30分以上)		円 × 日 円					
㉑ 看護師等(週4日目以降、30分未満)		円 × 日 円					
(週4日目以降、30分以上)		円 × 日 円					
㉒ 作業療法士(週4日目以降、30分未満)		円 × 日 円					
(週4日目以降、30分以上)		円 × 日 円					
㉓ 准看護師(週4日目以降、30分未満)		円 × 日 円					
(週4日目以降、30分以上)		円 × 日 円					
合計		円 円		負担金額		円	
除公費①		円 円		減額 割(円)免除・支払猶予		円 円	
除公費②		円 円		※公費負担金額		円 円	
		円 円		※高額療養費		円 円	

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。 2. ※印の欄は、記入しないこと。