

公害訪問看護報酬明細書

令和 年 月分

公害医療手帳の記号番号	
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 年生

公害医療機関の所在地及び名称

心身の状態	訪問開始年月日	年 月 日	実日数 日
	訪問終了年月日時刻	年 月 日 午前 午後 時 分	
	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 ()	
	死亡時刻	年 月 日 午前 午後 時 分	
指示期間	指示期間	年 月 日～ 年 月 日	主治医の属する医療機関の名称
	(特別指示期間)	年 月 日～ 年 月 日	主治医の氏名
⑩ 基本療養	⑪ 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	円× 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 主治医への直近報告年月日 年 月 日
	⑫ 准看護師	円× 日	
	⑬ 難病等複数回訪問加算	円× 日	
	⑭ 時間外	円× 日	
	小計	① 円	
⑳ 管理療養	㉑ 管理療養費	円+ 円× 日	提供した情報の概要
	㉒ 管理療養費の加算	円	情報提供先の市(区)村町等の名称
	小計	② 円	
㉓ 情報提供療養		③ 円	特記事項
㉔ ターミナルケア療養		④ 円	
合計	⑤ ①+②+③+④	円	
	⑥ 1.5×⑤	円	
※決定		円	

注意 ※印の欄は、記入しないこと。