　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**【 □新規 ・ □必要時 】**

**「訪問看護」事前確認・情報提供シート**

**（下記の枠内にご回答をお願いいたします）**

患者氏名：　　　　　　　　　　生年月日：　　　年　　月　　日

１．訪問看護導入の経緯、援助内容

２．病名および病気の進行具合（必要時）

３．現在の患者の状態、注意事項（ターミナル期注意事項、医療機器管理、在宅がん医療総合診療料算定有無等）

４．緊急時・不在時の対応・連絡先

５．担当の居宅介護支援事業所・ケアマネジャー名

居宅介護支援事業所：

担当ケアマネジャー：

６．医療機関が指示書発行時に請求可能な診療報酬