

【 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