

※本票には、利用者の出生月が奇数（1月、3月、5月、7月、9月、11月）の者のみ記入してください。

一連番号

調査番号

利用者整理番号

(1) 性別	1 男 2 女										
(2) 出生年月 (出生月に○をしてください)	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成				年	1月 3月 5月 7月 9月 11月					
(3) 適用法等(支払方法) (複数回答)	01 介護保険法 06 原爆被爆者援護法 02 後期高齢者医療制度 07 特定疾患治療研究事業 03 健康保険法等 08 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 04 障害者自立支援法 09 心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 05 生活保護法 10 その他（上記04～09以外の公費負担医療等）										
(4) 指示書の種類 (複数回答)	1 訪問看護指示書 2 在宅患者訪問点滴注射指示書 3 精神訪問看護指示書 4 特別訪問看護指示書										
(5) 要介護度	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 要支援1 7 要支援2 8 その他										
(6) 主傷病名	傷病番号										
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 ランクⅤ 6 認知症なし										
(8) 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 障害なし										
(9) 訪問先の状況	1 自宅 2 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 3 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護 4 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 5 その他										
(10) 同居家族の状況	同居者の状況について該当する番号すべてを○で囲んでください 1 夫又は妻 2 息子 3 娘 4 息子の妻 5 娘の夫 6 父母 7 孫 8 その他 9 一人暮らし										
(11) 利用料 ※9月中の本人負担分	1 介護保険法の法定代理受領にかかる自己負担額										円
	2 介護保険法の支給限度額を超えたサービス費										円
	3 健康保険法等の基本利用料										円
	4 交通費										円
	5 延長料金										円
	6 営業日以外の日又は営業時間以外の時間の料金										円
	7 その他										円
(12) 他の訪問看護ステーションの利用状況	9 月中に他の訪問看護ステーションの利用はありましたか 1 あり → 箇所 2 なし ※当該訪問看護ステーションを除いた箇所数をご記入ください										

9 月中に利用者が訪問看護を受けた回数を記入してください。（1 日に2 度訪問した場合は2）						
※「うち 介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数（再掲）」については、9 月中の訪問回数の合計のうち、介護保険法利用者が訪問看護を受けた回数のうち、健康保険法等との併給者に対して行った訪問回数を訪問滞在時間別に再計上してください						
※「うち 複数名による訪問回数（再掲）」については、9 月中の訪問回数の合計のうち、複数名による訪問回数を訪問滞在時間別に再計上してください（同じ職種でも、異なる職種でも複数名で訪問した場合は1 としてください）						
		訪 問 滞 在 時 間				
		30分未満 うち20分未満 (早朝・夜間、深夜)	30分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間30分未満	1 時間30分以上 2 時間未満	2 時間以上
9 月中の訪問回数の合計(回)						
うち 介護保険法利用者の健康保険法等による訪問回数(再掲)						
うち 複数名による訪問回数(再掲)						
うち 長時間訪問看護加算を算定した訪問回数の合計(再掲)		※上記の9 月中の訪問回数の合計のうち、長時間訪問看護加算を算定した訪問回数の合計をご記入ください。				
9 月中の訪問滞在時間等		合計 分 うち 9 月の最後の訪問における滞在時間（再掲） 分				
居 宅 ま での 片 道 時 間		分				
(13) 訪 問 看 護 等 の 状 況	9 月中に行った看護内容について該当する番号すべてを○で囲んでください					
	01 病状観察 02 本人の療養指導 03 家族等の介護指導・支援 04 栄養・食事の援助 05 排せつの援助 06 口腔ケア 07 身体の清潔保持の管理・援助 08 認知症・精神障害に対するケア 09 嚥下訓練 10 呼吸ケア・肺理学療法 11 その他リハビリテーション 12 社会資源の活用支援 13 家屋改善・環境整備の支援 14 その他					
	9 月中に行った医療処置にかかる看護内容について該当する番号すべてを○で囲んでください					
訪 問 看 護 の 提 供 内 容		01 気道内吸引 02 在宅酸素療法の指導・援助 03 膀胱留置カテーテルの交換・管理 04 ドレーンチューブの管理 05 じょく瘡の予防 06 じょく瘡の処置 07 じょく瘡以外の創傷部の処置 08 重度のじょく瘡の処置・管理 09 中心静脈栄養法の実施・管理 10 経管栄養の実施・管理 11 胃瘻の管理 12 人工肛門・人工膀胱の管理 13 自己導尿の指導・管理 14 気管カニューレの交換・管理 15 人工呼吸器の管理 16 がん化学療法の管理 17 薬物を用いた疼痛管理 18 ターミナルケア 19 緊急時の対応 20 注射の実施 21 点滴の実施・管理 22 服薬管理・点眼等の実施 23 浣腸・排便 24 在宅透析の指導・援助 25 その他				