

【介護予防居宅療養管理指導】

○ 年 月分 (直近の1か月について記入)

○施設等の区分: 病院、診療所、薬局

○事業所名: _____

氏名	所定単位						加算・減算状況			合計 (単位数)	保険 請求額 (円)	本人 負担額 (円)
	医師が行う場合 (単位数)						特別地域 加算 (単位数)	中山間地 域等小規 模事業所 加算 (単位数)	中山間地 域等利用 者加算 (単位数)			
	介護予防居宅療養管理指導費 (I)			介護予防居宅療養管理指導費 (II) (在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する場合)								
	単一建物居住者1人に対し 行う場合	単一建物居住者2人以上9 人以下に対して行う場合	左記以外	単一建物居住者1人に対し 行う場合	単一建物居住者2人以上9 人以下に対して行う場合	左記以外						
1										0		
2										0		
3										0		
4										0		
5										0		
6										0		
7										0		
8										0		
9										0		
10										0		
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注2) 利用者数に対して行が不足する場合は、適宜、行を挿入してご記入ください。

【介護予防居宅療養管理指導】

○ 年 月分 (直近の1か月について記入)

○施設等の区分： 病院、診療所、薬局

○事業所名： _____

氏名	所定単位			加算・減算状況			合計	保険 請求額	本人 負担額
	歯科医師が行う場合 (単位数)			特別地域 加算 (単位数)	中山間地 域等小規 模事業所 加算 (単位数)	中山間地 域等利用 者加算 (単位数)			
	単一建物居住者1人に対し 行う場合	単一建物居住者2人以上9 人以下に対して行う場合	左記以外						
1							0		
2							0		
3							0		
4							0		
5							0		
6							0		
7							0		
8							0		
9							0		
10							0		
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注2) 利用者数に対して行が不足する場合は、適宜、行を挿入してご記入ください。

【介護予防居宅療養管理指導】

○ 年 月分 (直近の1か月について記入)

○ 施設等の区分: 病院、診療所、薬局

○ 事業所名: _____

氏名	所定単位							加算・減算状況						合計 (単位数)	保険 請求額 (円)	本人 負担額 (円)
	薬剤師が行う場合 (単位数)							特別な薬剤の投薬が行われている利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合の加算	特別地域加算	中山間地域等小規模事業所加算	中山間地域等利用者加算	医療用麻薬持続注射療法加算	在宅中心静脈栄養法加算			
	病院又は診療所の薬剤師が行う場合			薬局の薬剤師が行う場合												
	単一建物居住者1人に対して行う場合	単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	左記以外	単一建物居住者1人に対して行う場合	単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	左記以外	情報通信機器を用いて行う場合	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)		
1														0		
2														0		
3														0		
4														0		
5														0		
6														0		
7														0		
8														0		
9														0		
10														0		
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注2) 利用者数に対して行が不足する場合は、適宜、行を挿入してご記入ください。

【介護予防居宅療養管理指導】

○ 年 月分 (直近の1か月について記入)

○施設等の区分: 病院、診療所、薬局

○事業所名: _____

氏名	所定単位						加算・減算状況			合計 (単位数)	保険 請求額 (円)	本人 負担額 (円)
	管理栄養士が行う場合 (単位数)						特別地域 加算 (単位数)	中山間地 域等小規 模事業所 加算 (単位数)	中山間地 域等利用 者加算 (単位数)			
	当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行った場合			当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合								
	単一建物居住者1人に対し 行う場合	単一建物居住者2人以上9 人以下に対して行う場合	左記以外	単一建物居住者1人に対し 行う場合	単一建物居住者2人以上9 人以下に対して行う場合	左記以外						
1										0		
2										0		
3										0		
4										0		
5										0		
6										0		
7										0		
8										0		
9										0		
10										0		
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注2) 利用者数に対して行が不足する場合は、適宜、行を挿入してご記入ください。

【介護予防居宅療養管理指導】

○ 年 月分 (直近の1か月について記入)

○施設等の区分： 病院、診療所、薬局

○事業所名： _____

氏名	所定単位			加算・減算状況			合計	保険 請求額	本人 負担額
	歯科衛生士等が行う場合 (単位数)			特別地域 加算 (単位数)	中山間地 域等小規 模事業所 加算 (単位数)	中山間地 域等利用 者加算 (単位数)			
	単一建物居住者1人に対し て行う場合	単一建物居住者2人以上9 人以下に対して行う場合	左記以外						
1							0		
2							0		
3							0		
4							0		
5							0		
6							0		
7							0		
8							0		
9							0		
10							0		
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注2) 利用者数に対して行が不足する場合は、適宜、行を挿入してご記入ください。

○介護予防居宅療養管理指導事業従業者一覧

	氏名	職務	兼務している職務	資格	常勤・非常勤の別
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

注) 「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている居宅療養管理指導事業所を記入する必要はありません。