

【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) |
|----|-----------------------|-----------------------------|------|---------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------|------------------|------------------|
| | 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 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。