（様式２）

主治医の意見書

記入日 　令和　　年　　月　　日

医師氏名（署名または押印要）

医療機関名

医療機関所在地

医療機関電話番号

訪問看護利用者(ﾌﾘｶﾞﾅ) 　　　　　　　　　 その家族等(ﾌﾘｶﾞﾅ) ※同居している者に限る

氏名　　　 　　 （　　 　　 　） 氏名　　　　　 　　（　　　　　　）

年齢　　　　　歳　　　　　　　　　　利用者との関係

性別　男　・　女　　　　　　　　　　年齢　　　歳位　 　性別　男　・　女

住所

上記の者への複数名訪問看護（利用者等からの暴力行為等に対応するため、利用者等からの同意があれば複数名の訪問者等による訪問看護の診療報酬の加算を受けられる場合に限る。）を行う必要性に関する意見は、以下のとおりです。

　複数名訪問看護の必要性について

　　□あり　※ありの場合、必要性ありと見込まれる期間を以下に記載

　　　　（令和　 年　 月　 日　から　令和　 年　 月　 日まで）

□なし

【上記のように判断する理由】