

調査票（案）

施設名	
住所	
電話番号	
FAX	
メール	
ご担当者	所属： 氏名：

令和 年 月 日現在の、在宅生活を送る医療的ケア児についてご回答ください。

問1. 下記「在宅療養指導管理料」令和 年 月の算定件数をご記載ください。

番号	診療項目	算定件数
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	
C102-2	在宅血液透析指導管理料	
C103	在宅酸素療法指導管理料	
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	
C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	
C106	在宅自己導尿指導管理料	
C107	在宅人工呼吸指導管理料	
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	
C112	在宅気管切開患者指導管理料	

⇒引き続き裏面もご記入をお願いいたします。

