

往療状況確認表

月分 施術者氏名 _____

受療者氏名： _____

往療先住所： _____

※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ _____ ）施設種別（ _____ ）

日	同一日・同一建物記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

＜往療を必要とする理由＞

1. 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難
2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
3. その他（ _____ ）

＜介護保険の要介護度＞ （ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ） 分かれば記載下さい

＜医療機関等への受診方法についてお知らせください＞

1. 独歩 2. 往診 3. 車椅子等（ _____ ）
- 付き添い（ ア. 有り イ. 無し）

- 注 ・ 施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなどです。
- ・ 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えありません。
 - ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入してください。
 - ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とします。
 - ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意してください。