

往療状況確認書

令和 年 月分 施術者氏名 _____

受療者氏名: _____

往療先住所: _____

※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	施術開始時間	起点からの直線距離

◎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. 認知症や資格、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 非該当) 分かれば記載ください。

◎医療機関への受診方法について受療者に確認した内容をお知らせください。

1. 独歩
2. 往診
3. 車椅子等(_____)

付き添い(あり なし)

- 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。
- ・ 同上的場合は「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
 - ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一実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は「○」を記入すること。
 - ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
 - ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。