往療状況確認表

　　　　　月分　施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※施設に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（　　　　　　　　　）

日付	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				

〈 往療を必要とする理由 〉
　１．独歩による公共交通機関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

・同上の場合は、「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には「◎」を、算定していない場合には「〇」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。