往療状況確認表

2019年　5月分　施術者氏名　安間　真

受療者氏名：　健保　恵

往療先住所：　東京都中央区新川〇ー〇ー〇　　※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）
10日		東京都中央区ＸＸ5丁目	9：25	4.5㎞
20日		東京都中央区△△3丁目	10：05	4.6㎞
30日		東京都中央区ＸＸ5丁目	9：30	4.5㎞
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
・　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合には「◎」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。