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				

〈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。