**往療状況確認表**

**施術管理者記 入**

　　　　　月分　施術者氏名

受療者氏名

往療先住所 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※施設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） |

　※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「○」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。