

往療状況確認表

【健保連作成】

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 ()

<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「○」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。