往療状況確認表

受療者氏名：　　年　　月分

※出張専門施術所の場合（　　）

※施設への入所の場合：施設名称（　　）施設種別（　　）

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・ショートステイ等を記入

日	同一日同一建物記入欄	施術者名 施術者番号	往療の起点（出発点または住所）	施術した場所（住所）	起点からの直線距離
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km
					km

＜往療を必要とする理由＞
☐ 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難
☐ 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
☐ その他（　　）

＜介護保険の要介護度＞
☐ 要介護１　☐ 要介護２　☐ 要介護３　☐ 要介護４　☐ 要介護５
☐ 要支援者　☐ 介護保険対象外　☐ わからない

【注意】

・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ついては「◎」を、算定していない場合は「○」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
・個人情報の取扱いには、十分注意すること
・出張専門施術者の場合は、「出張専門施術所の場合（　　）」に「○」を記入すること