

往療状況確認書

年 月分 (患者氏名：)

日付	同一日・ 同一建物 記入欄	施術者名	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
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km
日					km

往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい

1. 独歩による公共交通機関を使っの外出が困難

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 ()

- 注
- ・ 同上の場合は、「同上」や「ㄥ」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。

受付印