

往療状況確認書

令和 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
日					km

往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれれば記載下さい

1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難
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 ()

注) ・ 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つて、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。

健保受付印