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

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「〇」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