往療状況確認表

＿＿＿＿＿＿月施術分

療養を受けた者の氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施術日	同一日・同一建物記入欄	施術者名	往療の起点（出発点または先順位住所）	施術した場所（施設への入所の場合は施設の場所）
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

＜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・精神障害等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 ） 分かれば記入してください。

＜医療機関（病院・診療所等）への受診方法＞
1. 独歩　2. 往診　3. 車いす等（　　）
付き添い（ ア. あり　イ. なし ）

注　・同上の場合は、「同上」や「〃」との記入で差し支えない。
・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「施術を受けた者」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入で可とする。
・個人情報の取り扱いには、十分注意すること。

東京中央卸売市場健康保険組合　元.8改