

# れんくる千歳 病院付き添いプラス 事前確認書

(※事前に FAX カメールの画像添付でお知らせください)

事業所:

記入者:

利用者名	フリガナ <input type="text"/>	期日 受診	令和 年 月 日
	(男・女)(介護度: )		病院 科
住所		発着	自宅・病院 で待ち合わせ
電話		時刻	時 分より付き添い開始 (付き添いスタッフの訪問希望時間)

## 通院される利用者様の確認事項および情報

受診目的	※受診の事前予約: あり( 時 分から)・なし、診察前検査の有無: あり・なし		
既往歴			
留意事項			

## 通院に関する確認事項 (介助方法があれば分かる範囲でお答えください)

移動は自立されていますか? ⇒ はい・いいえ (方法: )	
トイレ(排せつ)は自立されていますか? ⇒はい・いいえ (方法: )	
意思疎通はできますか? ⇒ はい・いいえ (方法: )	
窓口での支払いはできますか? ⇒ はい・いいえ (方法: )	
同行料金の請求先は? ⇒ ご本人・ご家族等(連絡先 )	
薬局の指定⇒ あり(薬局名: )・なし 薬の配達代行が必要ですか?⇒ はい・いいえ (通院後、薬を待たずに帰宅できます) ※別途料金500円 (薬の代金は立替えいたします)	
アレルギーはありますか? ⇒ はい・いいえ	ジェネリックを利用しますか?⇒ はい・いいえ
一包化しますか? ⇒ はい・いいえ	一包化⇒朝・昼・夜… or 朝・朝…、昼・昼…、夜・夜…

担当	<p><b>介護保険外サービス れんくる千歳</b> (担当: 野村)</p> <p>☎080-6060-3399 Fax0123-22-3035</p> <p>メールアドレス: chitose@renkuru.com</p>
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------