

ぶらけあんグループ 通院付き添い事前確認書

(※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: ○○介護支援事業所

記入者: ○○ ○○

利用者名	フリガナ: <u>チ ト セ タ ロ ウ</u>	期日	令和○年○月○日
	千歳太郎様 (男・女)(要支援・要介護2)	受診	千歳○○ 病院 循環器科
住所	千歳市○○町北○丁目2-22	発着	自宅・病院 で待ち合わせ
電話	080-99-9999(緊急時用)	時刻	13時 00分より同行開始 (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	<p>・定期的な受診です。今回は5月に受診しており2ヶ月毎の検診です。</p> <p>※受診の事前予約 <u>あり</u> (14時 00分から) ・なし、診察前検査の有無 <u>あり</u> ・なし</p>
留意事項	<p>・最近、血圧が高めに推移しているため医師に相談してほしい。</p> <p>・耳が聞こえにくいので、右耳から声をかけて下さい。</p> <p>・送迎は介護タクシー○○を利用します。13:00に手配済みです。帰る際は連絡して下さい。</p> <p>(医師に伝えたいことや通院時の注意事項などを記載)</p>

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 <u>いいえ</u> (方法: <u>車椅子</u> での介助が必要です。)	
トイレ(排せつ)は自立されていますか? ⇒ はい <u>いいえ</u> (方法: <u>※同性介助でない場合あり</u>)	
意思疎通はできますか? ⇒ はい <u>いいえ</u> (方法: <u>できない場合の方法⇒筆談等</u>)	
窓口での支払いはできますか? ⇒ はい <u>いいえ</u> (方法: <u>できない場合⇒代理で支払い依頼等</u>)	
同行料金の請求先は? ⇒ ご本人 <u>ご家族等</u> (連絡先)	
薬局の指定⇒ <u>あり</u> (薬局名: <u>○○薬局</u>) ・なし 薬の配達代行が必要ですか? ⇒ はい <u>いいえ</u> (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 <u>いいえ</u>	ジェネリックを利用しますか? ⇒ はい <u>いいえ</u>
一包化しますか? ⇒ はい <u>いいえ</u>	一包化 ⇒ <u>朝・昼・夜…</u> or 朝・朝…、昼・昼…、夜・夜…

担当	<p>ぶらけあんグループ れんくる千歳 (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>
----	--