

れんくる千歳 病院付き添いプラス 事前確認書

(※事前に FAX か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	期日	令和 年 月 日
	生年月日 年 月 日 (歳) (男 ・ 女)(要支援 ・ 要介護)	受診	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		当店車椅子の無料レンタル⇒ 必要 ・ 不要	
担当	介護保険外サービス れんくる千歳 (担当: 野村) ☎080-6060-3399 Fax0123-22-3035 メールアドレス: chitose@renkuru.com		