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: ○○介護支援事業所

記入者: ○○ ○○

利用者名	フリガナ <u>かいほ たらう</u> 介保太郎様	期日	令和○年○月○日
	生年月日 <u>S14年 8月 25日</u> (86歳) (<u>男</u> ・女)(要支援 <u>要介護2</u>)	受診	○○ 病院 循環器科
住所	○○市○○町北○丁目2-22	発着	<u>自宅</u> ・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	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な受診です。前回は5月に受診しており2ヶ月毎の検診です。 ※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
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ○○○病(令和3年2月~) ○○○病(令和4年3月~)
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 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。 耳が聞こえにくいので、右耳から声をかけて下さい。 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。 (医師に伝えたいことや通院時の注意事項などを記載)

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？	⇒ <u>はい</u> <u>いいえ</u> (方法: <u>できない場合⇒筆談等</u>)
窓口での支払いはできますか？	⇒ <u>はい</u> <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？⇒ <u>はい</u> <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？	⇒ <u>はい</u> <u>いいえ</u>
一包化しますか？	⇒ <u>はい</u> <u>いいえ</u>
	当店車椅子の無料レンタル⇒ <u>必要</u> ・不要

担当	<p>介護保険外サービス 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>
----	---