

通院介助報告書

通院介助実施日： 平成 年 月 日 ()

お客様氏名 様 定期受診 臨時受診 ()

通院先（医療機関名）	診療科	担当医
------------	-----	-----

通院介助サービス実施時間 時 分 から 時 分 まで

サービス実施明細		
1	～ (分)	<input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 身体整容 <input type="checkbox"/> 移乗・移動介助 <input type="checkbox"/> 持ち物確認 <input type="checkbox"/> 火元・戸締り等の確認 <input type="checkbox"/> 見守りの援助等 <input type="checkbox"/> ()
2	～ (分) *うち乗車時間 (分)	<input type="checkbox"/> 徒歩（車椅子介助含む） 往路 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> () * うち介助を要しない乗車時間： 約 分
		<input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 乗降介助 <input type="checkbox"/> 見守りの援助等 <input type="checkbox"/> ()
3	～ (分) *うち対象時間 (分)	<input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> 受付（診察券出し等） <input type="checkbox"/> 会計 <input type="checkbox"/> 薬の受け取り <input type="checkbox"/> ()
		*うち介助を要しない受診・待ち時間等： 約 分 備考：
4	～ (分) *うち乗車時間 (分)	<input type="checkbox"/> 徒歩（車椅子介助含む） 復路 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> () * うち介助を要しない乗車時間： 約 分
		<input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 乗降介助 <input type="checkbox"/> 見守りの援助等 <input type="checkbox"/> ()
5	～ (分)	<input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 身体整容 <input type="checkbox"/> 移乗・移動介助 <input type="checkbox"/> 片付け等 () <input type="checkbox"/> サービス記録等 <input type="checkbox"/> ()

特記事項欄（担当医・ご家族からの申し送り、次回通院予定等）

担当者氏名： 印

提責氏名： 印

事務所記載欄

介護保険適用時間数	時間	分	サービス名称
介護保険適用外時間数（自費）	時間	分	自費金額 円
備考欄			