

**えすらん有心 通院付添い事前確認書**

(※事前にFAXもしくはメールでお知らせください)

事業所：

記入者：

利用者名	フリガナ	様	受診日	年 月 日
	(男・女) (要支援・要介護) 歳		受診先	
住所	〒		お迎え場所	自宅・病院・その他 で待ち合せ
電話			ご依頼日時	時 分より同行開始 (付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	※受診の事前予約の有無：有り ( 時 分から) ・ 無し 診察前の検査の有無：有り・無し
留意事項	

**通院時にお預りが必要な持ち物**

無し 保険証 診察券 お薬手帳 紹介状 予約表 現金 その他 ( )

**通院に関する確認事項 (介助が必要な場合は分かる範囲でお知らせください)**

●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： )
●治療に関する重要な意思決定は出来ますか？	⇒ はい ・ いいえ (難しい場合の連絡先： )
●窓口でのお支払いは出来ますか？	⇒ はい ・ いいえ (方法： )
●アレルギーはありますか？	⇒ はい ・ いいえ (ある場合の内容： )
●車椅子の貸し出しを希望しますか？	⇒ はい ( 出発時から or 病院に着いてから) ・ 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

担当	えすらん有心 (担当：川村) TEL：048-486-9792(代表) Fax：048-486-9349 メールアドレス：esrun.yuushin@gmail.com
----	--

※医療行為を必要とする場合にはお引き受けできません。

※感染症の疑いがある場合にはお引き受けできない場合があります。

※診察結果により、ご本人様の意思確認が困難な場合には、ご家族様または事業所様にご連絡をさせていただく場合があります。