**【同行訪問（在宅患者訪問看護・指導料）利用者チェックリスト】**

以下の項目に当てはまるか、お申込み前に訪問看護師の方が今一度、確認してください。

１．対象は在宅患者訪問看護・指導料の対象者である

　□悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア

□褥瘡がある

□ストーマがある（消化器・尿路器）

２．当センターの受診歴がある

最終受診日：　　　　年　　　月　　　日

担当科：　　　　　　　担当医師：

３．居住地域　（該当地区に〇をしてください）

□渋谷区内

□目黒区

□世田谷区

※以下の場合、同行訪問の可否につきましては、当センターへ確認ください。

□その他23区内　（　　　　　　区）

□都下　　（　　　　市）

□他県　　（　　　　　）

４．支払および交通費の実費請求に同意の有無

　□同意していただいている

５．確認した支払い方法

　　□利用者もしくはご家族による窓口支払い　　（来院可能時期：　　　　　頃）

□振込

※できる限り上記の支払い方法を選択してください。困難な状況に限り下記の方法を選択することができます。

□訪問時現金支払い

**※用紙の送付は不要**