

介護老人保健施設ふかさわ

訪問リハビリテーション ご利用までの流れ

お問い合わせ

ご担当のケアマネージャー様に訪問リハビリのご希望をご相談ください。ケアマネージャー様より訪問場所、ご希望日、ご利用回数等をお伺いし、お受入れの目途をお伝え致します。



書類作成・ご提出

お受入れの目途が立ちましたら、かかりつけ医様に診療情報提供書の作成をお願い致します。また、ご家族様とケアマネージャー様にてアンケートのご記入をお願い致します。書類が出来上がりましたらふかさわまでご提出ください。



判定

いただいた書面にて、訪問リハビリの実施が可能かを判定させていただきます。



面談・診察・契約

判定が通りましたら、ご自宅にお伺いし現在の身体状況を確認、ご希望に添ったプランを作成致します。また、当施設医師による診察を行います。ご契約を交わし、ご利用開始日を調整致します。



訪問リハビリテーション開始

スタッフが伺いし、訪問リハビリテーションを実施致します。

※ご不明な点等がございましたら下記までご連絡ください。

介護老人保健施設ふかさわ 訪問リハビリテーション

〒158-0081 東京都世田谷区深沢 1-9-3

TEL : 03-3701-1164 FAX : 03-3701-1181

【訪問リハビリテーション利用申込み書類の記載方法】

この度は、訪問リハビリテーションご利用のお問合せを頂きまして、誠にありがとうございます。

- | | | |
|--|---|----------------|
| ① 利用申込書 | } | ご家族様にて |
| ② 既往症等 | | |
| ③ アンケート | | |
| ④ 興味・関心チェックシート | | |
| ⑤ 身体の状況および日常生活 | | ご担当ケアマネージャー様にて |
| ⑥ 訪問リハビリテーション診療情報提供書
(全項目の記載が必要となります) | | ご担当医先生にて |

それぞれご記載頂き、全て揃いましたらご送付願います。

※介護保険証・介護保険負担割合証のコピー・現在内服されているお薬の処方内容の書かれた用紙（コピー可）がございましたら同封してください。

尚、ご利用にあたっては書類審査→検討会議での審査があります。ご本人様の状況によっては、ご利用出来ない場合がございます。あらかじめご了承の上、お申し込み頂きたく存じます。

ご家族様

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の
「利用申込書」「既往症」「アンケート」「興味・関心
チェックシート」にご利用希望者様のご状況をご記載
頂きたく、宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

訪問リハビリテーション

電話 03(3701)1164

介護老人保健施設 ふかさわ 訪問リハビリテーション 利用申込書

記入日： 年 月 日

ご利用者本人	フリガナ			
	氏名	男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
介護保険情報	被保険者番号		保険者	世田谷区 / 区外 ()
	要支援・要介護度	支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5・申請中・区分変更中		介護保険負担割合 1・2・3割
	有効期限	年 月 日	～	年 月 日
	交付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
希望日時等	希望曜日	月・火・水・木・金・土・日	回数	週 回 位
	希望時間	時 分 ～ 時 分 (最長で1時間までとなります。)		
希望・方針	《訪問リハビリテーションを利用する目的や期待する事》			
	《訪問リハビリテーションを利用(実施)する事での留意点》			
保証人連絡先	フリガナ			
	氏名	(続柄)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
緊急連絡先	フリガナ			
	氏名	(続柄)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
主治医	病院名			
	主治医名			
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
居宅事業所	事業所名		事業所番号	
	ケアマネジャー			
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	

介護老人保健施設 ふかさわ
〒158-0081 東京都世田谷区深沢1-9-3
TEL 03-3701-1164 FAX 03-3701-1181

【記入例】 アンケート

ご本人様の精神状態、およびご家族様の抱えていらっしゃるお悩みの内容をより理解し、ご利用いただく際参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力お願いいたします。

ご利用者様氏名 深沢 花子
 ご記入者様氏名 深沢 太郎

ご本人様の生活歴 ※結婚歴がない方は結婚歴欄に「なし」とご記入ください

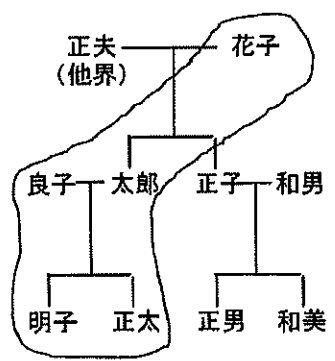
生まれ: 東京(都)道・府・県 世田谷(市)区・町・村で 5 人兄弟の 3 番目として誕生。
 学歴: 〇〇高校 卒業後 花屋 に勤務し 23 歳まで勤める。
 結婚歴: 23歳の時に米屋を営む深沢正夫25歳の(夫)妻と結婚。その後 2人の子に恵まれる。
 生活歴・病歴: 子育てをしながら、店の経理を手伝う。
平成21年1月に夫が脳梗塞の為に他界。店をたたみ一人暮らしを続けていたが、
平成24年3月自宅にて転倒し、右大腿骨を骨折。〇〇病院へ3ヶ月入院する。
退院後に長男と同居。現在に至る。

ご本人様の性格(当てはまることに○をして下さい) ※何か所でも構いません

内向的・社交的・神経質・慎重・多弁・頑固・気が弱い・気が強い・楽観的・几帳面・大雑把・気長・短気・仕事人・生真面目・優しい・お人好し・ひょうきん・子供っぽい・自己中心的・せっかち・その他()

ご家族の構成(別世帯でも介護に携わっている方はご記入ください)

続柄	氏名	年齢	住所	電話/ケータイ番号	同居
長男	深沢 太郎	60	世田谷区深沢〇-〇-〇	××××-××××	○
長男嫁	深沢 良子	57	同上		○
長女	世田谷 正子	58	世田谷区世田谷〇-〇-〇	××××-××××	×
長女夫	世田谷 和男	59	同上		×



ご家族の中で、主たる介護者はどなたですか。 (深沢 良子)

主たる介護者のサポートをしている方はどなたですか。(深沢 太郎)

ご本人様は、当サービスのご利用に関して理解されていますか。(はい・いいえ)

アンケート

ご本人様の精神状態、およびご家族様の抱えていらっしゃるお悩みの内容をより理解し、ご利用いただく際参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力お願いいたします。

ご利用者様氏名

ご記入者様氏名

ご本人様の生活歴

※結婚歴がない方は結婚歴欄に「なし」とご記入ください

生まれ:	都・道・府・県	市・区・町・村で	人兄弟の	番目として誕生。
学歴:	卒業後	に勤務し	歳まで勤める。	
結婚歴:	歳の時に	歳の夫・妻と結婚。その後	人の子に恵まれる。	
生活歴・病歴:				

ご本人様の性格(当てはまることに○をして下さい) ※複数でも構いません

内向的・社交的・神経質・慎重・多弁・頑固・気が弱い・気が強い・楽観的・几帳面・大雑把・気長・短気・仕事人・生真面目・優しい・お人好し・ひょうきん・子供っぽい・自己中心的・せっかち・その他()

ご家族の構成(別世帯でも介護に携わっている方はご記入ください)

	続柄	氏名	年齢	住所	電話/ケータイ番号	同居

ご家族の中で、主たる介護者はどなたですか。()

主たる介護者のサポートをしている方はどなたですか。()

ご本人様は、当サービスのご利用に関して理解されていますか。(はい・いいえ)

ケアマネージャー様

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の
「身体の状態および日常生活」に
ご利用希望者様のご状況をご記載頂きたく、
宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

訪問リハビリテーション

電話 03(3701)1164

身体状況および日常生活について

事業所名

ご記入者(ケアマネージャー)

様

ご利用者名	様	男 ・ 女	生年月日	M T S	年 月 日(歳)	
身長	cm	体重	kg			
介護保険	要介護(1 2 3 4 5)	要支援(1 2)	障害手帳	無 ・ 有 (級)		
移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行(T字杖 4点杖) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 ・ 介助)					
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 機械浴					
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介 <input type="checkbox"/> 尿意 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 便意 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 失禁 (有 ・ 無)					
麻痺	有(部位: 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) ・ 無		拘縮	有 ・ 無 (部位)		
視力	普通 ・ やや弱視 ・ 弱視 ・ 全盲 ・ 老眼		(眼鏡使用 有 ・ 無)			
言語	普通 ・ はっきりしない ・ やっと通じる ・ 話せない (失語 ・ 認知症 ・ 不明言語 ・ その他)					
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 (補聴器使用 有 ・ 無)					
意思疎通	できる ・ ときどきできる ・ ほとんどできない ・ できない					
認知症	無 ・ 有 (HDS-R 点)					
精神状況	物忘れ ・ 徘徊 ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ 感情失禁 ・ 妄想 ・ 不潔行為 ・ 昼夜逆転 ・ うつ状態 ・ 独語 ・ 暴言 ・ 暴力					
	大声 ・ 立ち上がり ・ 帰宅願望 ・ 離脱 ・ その他(具体例:)					

<訪問リハ利用希望のきっかけ> ご本人希望・ご家族希望・ケアマネのすすめ・医師のすすめ・その他()

<訪問リハ利用目的>

<他サービスからの連絡事項> 無・有()

<その他、当サービス利用についての留意点>

介護老人保健施設 ふかさわ

〒158-0081 東京都世田谷区深沢1-9-3

TEL 03-3701-1184 FAX 03-3701-1181

ご担当医先生

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の
「訪問リハビリテーション診療情報提供書」に
ご利用希望者様のご状況をご記載頂きたく、
宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

訪問リハビリテーション

電話 03(3701)1164

訪問リハビリテーション 診療情報提供書 兼リハビリ指示書

以下の通り、訪問リハビリテーションの実施を指示します

介護老人保健施設 ふかさわ
施設長 殿

医療機関名 _____ 診療科 _____
所在地 _____
医師名 _____ 印 TEL () _____

指示日: 年 月 日

氏名			男 ・ 女	生年月日	大正 昭和	年 月 日 (歳)
住所	電話番号 ()					
傷病名	①	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)				
	②	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)				
	③	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)				
症状・ 気になる 所見	最終診療日 月 日					
処方薬						
身長・体重			cm	kg		
感染症疾患	無	・	有	疥癬 (+ ・ -)	MRSA (+ ・ -)	結核 (+ ・ -)
				HBs抗原 (+ ・ -)	HCV抗体 (+ ・ -)	
褥瘡	無	・	有	(部位:)	処置:)	
麻痺	無	・	有	(部位:)	状態:)	
拘縮	無	・	有	(部位:)	状態:)	
精神障害	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> 認知症 (HDS-R 点)		<input type="checkbox"/> 精神障害 ()	
装着機器	ネブライザー・吸引器・留置カテーテル・経管栄養・その他 ()					
障害老人日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症老人日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V					

リハビリテーション指示	
【リハビリテーションの目的】	
<input type="checkbox"/> 身体機能維持・向上	<input type="checkbox"/> ADL能力維持・向上 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 精神賦活・生活意欲向上
<input type="checkbox"/> その他 ()	
【リハビリテーション内容】	
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> ADL訓練
<input type="checkbox"/> 筋力維持・増強訓練	<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリ実施
<input type="checkbox"/> 起立・歩行訓練	<input type="checkbox"/> その他 ()
【リハビリテーション実施上の留意・禁忌事項】	

介護老人保健施設ふかさわ（介護予防）訪問リハビリテーション料金表

・訪問リハビリテーション費

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費	1回(20分)につき	292	¥3,241	¥325	¥649	¥973

例) 40分実施時は2回分となります。

【その他加算】

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき(退院(所)日又は新たに要介護認定を受けた日から3月以内)	200	¥2,220	¥222	¥444	¥666
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	(Ⅰ～Ⅳいずれか算定) 1月につき	230	¥2,553	¥256	¥511	¥766
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)		280	¥3,108	¥311	¥622	¥933
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)		320	¥3,552	¥356	¥711	¥1,066
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)		420	¥4,662	¥467	¥933	¥1,399
サービス提供体制強化加算	1回につき	6	¥66	¥7	¥14	¥20

注 同一建物に対する減算に該当する場合

上記単位数の10%減

・介護予防訪問リハビリテーション費

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防訪問リハビリテーション費	1回につき	292	¥3,241	¥325	¥649	¥973

【その他加算】

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき(退院(所)日又は新たに要支援認定を受けた日から3月以内)	200	¥2,220	¥222	¥444	¥666
リハビリテーションマネジメント加算	1月につき	230	¥2,553	¥256	¥511	¥766
介護予防訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合	1回につき(3月に1回を限度)	300	¥3,330	¥333	¥666	¥999
サービス提供体制強化加算	1回につき	6	¥66	¥7	¥14	¥20

注 同一建物に対する減算に該当する場合

上記単位数の10%減