

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	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	
	ケアマネージャー			
	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、店の経営を手伝う。

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。

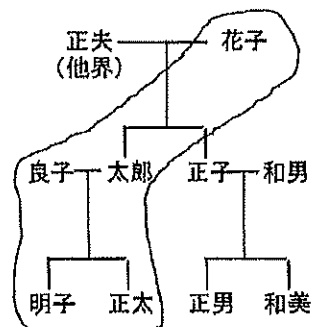
退院後に長男と同居。現在に至る。

ご本人様の性格(当てはまることに〇をして下さい) ※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	××××-××××	〇
長男嫁	深沢 良子	57	同上		〇
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	・自立歩行 ・杖歩行(T字杖 4点杖) ・歩行器 ・つかまり歩行 ・介助歩行 ・車椅子(自操 ・ 介助)								
入浴	・一般浴 (・自立 ・一部介助 ・全介助) ・機械浴								
更衣	・自立 ・一部介助 ・全介助								
排泄	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・尿意 (有 ・ 無) ・便意 (有 ・ 無) ・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:)								

<訪問リハビリ希望のきっかけ> 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()

<訪問リハビリ目的>

<他サービスからの連絡事項> 無・有()

<その他、当サービス利用における留意点>

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 03-3701-1164 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回につき	307	¥3,408	¥341	¥682	¥1,023

【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
訪問リハ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
訪問リハビリテーションマネジメント加算A 1	(A1～B2いずれか算定) 1月につき	180	¥1,998	¥200	¥400	¥600
訪問リハビリテーションマネジメント加算A 2		213	¥2,364	¥237	¥473	¥710
訪問リハビリテーションマネジメント加算B 1		450	¥4,995	¥500	¥999	¥1,499
訪問リハビリテーションマネジメント加算B 2		483	¥5,361	¥537	¥1,073	¥1,609
訪問リハサービス提供体制強化加算 I	1回につき	6	¥66	¥7	¥14	¥20
訪問リハサービス提供体制強化加算 II	1回につき	3	¥66	¥4	¥7	¥10
訪リハ令和3年9月30日までの上乗せ分	所定単位数の1/1000 加算					

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	307	¥3,408	¥341	¥682	¥1,023

【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
予防訪問リハ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
予防訪問リハサービス提供体制強化加算 I	1回につき	6	¥66	¥7	¥14	¥20
予防訪問リハサービス提供体制強化加算 II	1回につき	3	¥66	¥4	¥7	¥10
予防訪リハ令和3年9月30日までの上乗せ分	所定単位数の1/1000 加算					

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