

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： いなだ医院 _____

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	いなだ医院
所在地	岡山県倉敷市玉島柏島 920-106
連絡先	086-525-0600
管理者名	稲田 俊雄
サービス種類	訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	3310212208
サービス提供地域	倉敷市・浅口市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	月曜日 13:30~19:30
土曜日	
定休日	

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1名	名	1名
理学療法士	理学療法士	名	1名	1名
		名	名	名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 086-525-0600

担当部署: いなだ医院

担当者:

受付時間: 9:00~18:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士が、ご利用者の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。

4 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金の1割が利用者負担額になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月10日までに当月分の料金を請求いたしますので、末日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費	308単位/回	3,080円
訪問リハビリテーション費 (同一建物減算)	277単位/回	2,770円
短期集中リハビリテーション実施加算	200単位/日	2,000円
リハビリテーションマネジメント加算AⅠ	180単位/月	1,800円
リハビリテーションマネジメント加算AⅡ	2130単位/月	2,1300円
社会参加支援加算	17単位/日	170円
サービス提供体制強化加算	6単位/回	60円

(4) その他の費用

ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

(5) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

(6) キャンセル料

② ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

5 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄:)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

法 人 名： 医療法人いなだ医院

代 表 者： 理事長 稲田 俊雄

印

【事業所】

住 所： いなだ医院

事業所名： 岡山県倉敷市玉島柏島 920-106

(指定番号 3310212208)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住 所_____

氏 名_____印

【代理人】住 所_____

氏 名_____印（続柄 _____）

署名代行理由：

