

管理番号 No. _____

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： 医療法人 育佑会 石田医院 _____

1 当事業所の概要

事業所の概要

事業所名	医療法人育佑会石田医院訪問リハビリテーションセンター
所在地	大阪府高石市羽衣1丁目10-11
連絡先	072-261-1313
管理者名	石田 雄三
サービス種類	訪問リハビリテーション
サービス提供地域	必要に応じ要相談

※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。

営業時間

平日	9:00 ~ 17:30
土曜日	9:00 ~ 17:30
定休日	月・日 (12月28日から1月3日及び8月13日から8月15日まで)

訪問リハビリテーション提供時間

平日	9:00 ~ 17:30
土曜日	9:00 ~ 17:30
定休日	月・日 (12月28日から1月3日及び8月13日から8月15日まで)

職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
石田 雄三	医師	1名	名	1名
首藤 隆志	理学療法士	名	1名	1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：石田医院；072-261-1313 携帯；080-1504-1739

担当部署：訪問リハビリテーションセンター

担当者：首藤 隆志

受付時間：午前9:00～午後17:00

※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、ご利用者様の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様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～3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15日までに当月分の料金を請求いたしますので、月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

介護保険での訪問リハビリテーション対象者様

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション	308 単位/回(1 回 20 分以上)	3080 円
介護予防訪問リハビリテーション	298 単位/回(1 回 20 分以上)	2980 円
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	3 単位	30 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。

通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問リハビリテーションに要した交通費は発生いたしません。

(5) キャンセル料

キャンセルに伴う料金は発生いたしません。

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	
指示医	診療所名	医療法人育佑会石田医院
	指示医氏名	石田 雄三
	連絡先	072-261-1313
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		

【事業内容】

訪問リハビリテーション

【事業者】

住 所：大阪府高石市羽衣1丁目10-11

法 人 名：医療法人育佑会石田医院

代 表 者：石田 雄三

印

【事業所】

住 所：大阪府高石市羽衣1丁目10-11

事業所名：医療法人育佑会石田医院訪問リハビリテーションセンター

(事業所番号：2715301665)

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。

令和 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：