

甲府南ライフケアセンター 訪問リハビリテーション 手続きご案内

訪問リハビリテーションのご利用を希望される場合は、以下の手順にてお申し込み頂けますようお願い致します。また、受付時、下記の書類を郵送、または、FAXさせていただきます。

- 訪問リハビリテーション手続きご案内
- 訪問リハビリテーション利用申込書
- 診療情報提供書（医療機関所定の書式をご利用いただき、診療情報提供料（I）で診療報酬算定可能です。）
- ケアマネジメント連絡書

◆◆手続き手順◆◆

① 担当者様は、「**訪問リハビリテーション利用申込書**」「**ケアマネジメント連絡書**」に必要事項をご記入の上、甲府南ライフケアセンター、訪問リハビリ担当宛に郵送またはFAXにてご返送ください。



② 書類受付後、甲府南ライフケアセンター、訪問リハビリ担当より、担当者様へ電話にてご連絡いたします。その時、利用者様の状態を詳しくお伺いして、当施設医師の診察日時、サービス担当者会議の日程を相談させていただきます。



③ ②で決定した当施設医師の診察日時までに、かかりつけ医療機関にて「**診療情報提供書(初回)**」を記入、当施設にご返送ください。



④ 当施設医師の診察日、または、サービス担当者会議日に、訪問リハビリテーション担当による身体機能・能力、家屋状況などの確認をさせていただきます。



⑤ ご本人様ご自宅にてサービス担当者会議を行った際に、訪問リハビリテーションの概要等を説明し、ご利用にあたっての契約をさせていただきます。その際、「**介護保険証のコピー**」「**印鑑**」のご用意をお願いします。



⑥ **訪問リハビリテーションサービス 利用開始**

ケアマネジメント連絡書

依頼先機関名:甲府南ライフケアセンター

依頼日:平成 年 月 日

氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
職業		性別	男 ・ 女
住所			
電話番号			
認定情報	要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5		
傷病名(生活機能低下の原因となった傷病名):			
紹介目的:			
目標とする生活(本人及び家族):			
生活歴、家族状況、生活環境において特記すべき事項:			
援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化:			
現状の問題点・課題:			
リハビリテーションの観点からの今後のサービス提供に期待すること:			
備考:			

事業所	
担当者	
電話	
FAX	

訪問リハビリテーション申込書

申込年月日：平成 年 月 日

フリガナ		男	生年	明・大・昭・平
利用者氏名	殿	女	月日	年 月 日
現住所	〒			電話番号 ()
申込者氏名	殿	続柄		電話番号 ()
申込者住所	〒			緊急連絡先 ()
家族構成				

かかりつけの医療機関名：		主治医氏名：
医療機関住所	〒	電話番号 ()

主病名					
最終退院日	最終退院（所）日：平成 年 月 日 / 入院施設名：				
現在の状態 *チェックを 付けてくだ さい。	①寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	②立ち上り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	③排泄 (使用用具)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> おむつ・パット	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> カテーテル	
	④着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑤入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑥食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑦移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子
	⑧日常会話	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々困難	<input type="checkbox"/> 困 難	
⑨認知症	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 重度		
困っていること・望むこと					
介護保険 情 報	要介護（ 1 2 3 4 5 ） / 要支援（ 1 2 ）				
	介護保険証有効期限：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				

居宅介護支援事業所名	☎ ()
介護支援専門員氏名	Fax ()

ご利用希望日について（○印を付けてください。）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後					

* 9：00～17：00で調整させていただきます。

介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター
事業所番号：1950180016
電 話：055-241-3333

診療情報提供書

(通所・短期入所・訪問リハビリ用)

(予防通所・予防短期入所・予防訪問リハビリ用)

提供先医療機関名：介護老人保健施設

甲府南ライフケアセンター

医師 土屋 幸治 様

平成 年 月 日

医療機関名：所在地

名称

医師氏名

印

患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
住 所					電話番号			
身 長	c m		体 重	k g				
傷 病 名								
既 往 歴								
病状経過及び 検査結果								
治療経過								
現在の処方								
食事に関する 注意事項								
リハビリに関する 注意事項								
入所・通所者に 関する注意事項								

上記の者について、現時点での介護老人保健施設における短期入所・通所サービス・訪問リハビリの利用にあたって問題が（ある ・ ない）と認めます。

※貴院の提供書をご使用頂いても構いません。但し、投薬についての情報をお願いいたします。