

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

訪問リハビリテーション申込書

申込年月日： 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： 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： 年 月 日 ~ 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

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： 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 | |

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

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 | cm | 体 重 | kg | | | | | |
| 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。