

『通所リハビリテーション』『介護予防通所リハビリテーション』ご利用までの流れ

1)

ご利用相談・施設見学
* 随時受付
(事前にご連絡いただけますと、ゆっくり説明、ご案内させていただきます。)

- ①通所利用希望の概要の聞き取り
- ・利用者、家族の要望、通所希望、理由の聞き取り
 - ・病状、身体機能等の状態の聞き取り
- ↓
- 病状によっては、ご利用いただけない場合があります。
- ・現在の要介護度、要支援度の確認
要介護1～5の方は、「通所リハビリテーション」
要支援1～2の方は、「介護予防通所リハビリテーション」
の対象となります。
- ②本資料の説明
- ・通所リハビリテーションとは
 - ・甲府南ライフケアセンターの特徴
 - ・「通所」利用までの流れ
 - ・通所利用料の説明 他
- ③通所利用申込み関係書類について
- ・通所申込書
 - ・主治医からの診療情報提供書(直近3ヶ月以内のもの)
 - ・胸部レントゲンフィルム (直近3ヶ月以内のもの)
*コピー、CDR、USBメモリにてお取扱い可能
- ④施設見学

2)

機能評価
(判定会前)

- ①理学療法士、作業療法士による体力測定等をさせていただきます。
- *原則としてご本人の他、ご家族、担当介護支援専門員の立会いをお願いしております。

3)

通所(利用)判定会
↓
「通所リハ利用」の決定

- ①原則として毎週水曜日に開催します。
- ②通所申込み関係書類(通所申込書、診療情報提供書兼リハビリ指示書、胸部レントゲンフィルム)が事前に提出され、且つ機能評価が行われた方について利用が可能か否かについて検討が行われます。
- *ご家族には、提案する判定会の予定日、判定会結果について、支援相談員よりご連絡いたします。
- ↓
- ※ この判定会において通所利用予定者として決定された時点で「通所利用待機者」として登録が行われます。

4)

通所利用前ガイダンス

- ①通所利用が確定した時点で、通所リハビリの主任より連絡の上、通所ご利用に際してのお願い等のガイダンス(担当者会議)を行います。

5)

通所利用開始

No. 通 所 ・ 介 護 予 防 通 所 申 込 書

介護老人保健施設
甲府南ライフケアセンター

受付日	年 月 日	担当ケアマネ名	
判定日	年 月 日	事業所名	

ふりがな		性別	男 ・ 女
入所者氏名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)
住所	〒		電話 () -
申込依頼者			続柄
住所	〒		電話 () - 携帯 () -

申込者の状況について○で印等を付けてください。

介護保険情報		要支援 (1 ・ 2)			要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
		認定の有効期間			年 月 日 ~ 年 月 日		
視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自分で可	一部介助	全介助
聴力	普通	やや難聴	難聴	食 事			
言葉	普通	少し不自由	不自由	入 浴			
褥瘡(床ずれ)	無	有 (場所)		排 泄			
おむつ	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		衣 服 着 脱			
リハパン	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		起 座			
徘徊	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		移 動			
認知症の程度	軽度	中度	高度	杖・車椅子・歩行器・押し車			
現在の居場所	自宅 ・ 病院 ・ 介護施設等 ()						

今までに入院をしたことがありますか？ ある ・ ない

傷病名と傷病歴をなるべく詳しくお書きください。(いつ、どのような病気で、どここの病院にかかりましたか)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

通所をご希望の理由は...	家族構成
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

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。