

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

利用者： _____ 様

高宮病院

管理者： _____ 高宮 晋一 _____

1 高宮病院の概要

(1) 病院の概要

病 院 名	医療法人 高宮会 高宮病院
所 在 地	奈良県天理市柳本町1102
連 絡 先	0743-67-1605
管 理 者 名	高宮 晋一
サ ー ビ ス 種 類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	2910901103号
サービス提供地域	近隣地域

※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) 業務時間

平 日	午後3:00 ~ 午後5:00
定 休 日	土・日・祝

(3) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管 理 者	高宮 晋一	1名	名	1名
理学療法士	中井 真樹	1名	名	1名

2 当業務の相談連絡窓口（苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0743-67-1605

担 当 部 署 : _____ 事 務 部

受 付 時 間 : 午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 00

3 サービス内容

- (1) 理学療法士が、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・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（または2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、月末までに病院窓口にてお支払いください。

(3) 料金表

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費	307単位(20分)	円
介護予防訪問リハビリテーション費	307単位(20分)	円
サービス提供体制強化加算	6単位	円
		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。

複写物	1枚につき	20円
		円
		円

(6) キャンセル料

ご利用者様のご都合でサービスをお休みされる場合は、実施日の**前日17時まで**にご連絡ください。

当日に連絡なく、職員が訪問した場合は正規の料金及び交通費を請求いたします。

- 月曜日の場合 → **前週の金曜日まで**
- 祝日をはさむ場 → **その前々日**

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	医療法人 高宮会 高宮病院
	主治医氏名	
	連絡先	0743-67-1605
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		