

通所リハビリ利用開始までの流れ



担当ケアマネージャーから紹介・申し込み等

《見学・相談》

見学後、利用の意思の有無を確認させていただきます。

《必要書類のお願い・説明》

- ① 診療情報提供書または健康診断書 ※必須ではありません
かかりつけの病院（入院先）で記入を依頼してください
- ② ADL 調査票（当施設指定用紙）
施設より担当ケアマネージャーに依頼
- ③ 利用申込書（通所）
申込書をお渡ししますので、ご本人かご家族の方がご記入ください。

《通所の可否の一次決定》

お預かりした書類を元に、施設長/リハビリ/社会福祉士等で検討、結果を連絡します。

《ご自宅訪問》

- ・ご本人の様子、家屋状況の確認、送迎バスの停止場所などの確認
- ・持ち物、利用開始予定、契約書の説明

《最終決定・契約》

ご自宅訪問の結果を加えて再度検討、検討結果を連絡します。

ご利用開始

送迎時間など事前に連絡します。

提出書類のお願い



介護老人保健施設 小江戸の郷

この度、【小江戸の郷】へのお問い合わせをいただきありがとうございます。当施設のご利用に際しまして、下記の書類の提出をお願い致します。

施設長（判定会議）が書類を検討した上で、ご利用の可否についてお返事をさせていただきます。

記

1. 利用申込書
2. 診療情報提供書（当施設指定用紙）、検査データ（当施設指定用紙）
3. ADL調査票（当施設指定用紙）

※入院（入所）中の方は、入院（入所）先の看護師へ、在宅の方は居宅ケアマネージャーに依頼してください。

4. CT、レントゲン画像

※撮影画像がありましたら情報提供お願い致します

5. 介護保険被保険者証又は要介護認定結果の写し
6. 介護保険負担限度額認定証の写し
7. 介護保険負担割合証の写し
8. 医療保険証の写し

以上

ご不明な点がございましたら支援相談員までお問い合わせください。

Tel 049-229-5300（代）

診療情報提供書

(医療法人靖和会 介護老人保健施設 小江戸の郷)

(ふりがな) 氏名		男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日 () 歳	
住所 〒			電話 ()	
病名				
経過				
既往歴			処方内容	

身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg	脈拍	回/分
検査所見 [検査日 年 月 日]				胸部レントゲン [撮影日 年 月 日]			
尿	蛋白	-	±	+	[所見] 		
	糖	-	±	+			
	潜血	-	±	+			
感染症	HBs	抗	原	-			
	HCV	抗	体	-	+		
	梅毒	-	+				
	MRSA	-	+	部位 ()			
皮膚疾患 (含褥瘡)	無 ・ 有 部位 ()			結核既往	無 ・ 有 (いつ頃)		
アレルギー (食物・薬)	無 ・ 有 ()			視力障害	無 ・ 有 ()		
麻痺	無 ・ 有 ()			聴力障害	無 ・ 有 ()		
拘縮	無 ・ 有 ()			言語障害	無 ・ 有 ()		
肺炎球菌ワクチン	(済 ・ 未 ・ 不明)			接種日:	年 月 日		
新型コロナウイルスワクチン	① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日						
認知症自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V ・ M						
日常生活自立度(寝たきり度)	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

検査データ

当施設の御利用希望者様の受け入れに際し、下記の検査データをお知らせ下さますようお願い致します。

採血年月日 年 月 日

測定値	
総蛋白	() g/dl
アルブミン	() g/dl
総ビリルビン	() mg/dl
AST	() U/l
ALT	() U/l
LDH	() U/l
γ-GTP	() U/l
総コレステロール	() mg/dl
中性脂肪	() mg/dl
HDL-C	() mg/dl
LDL-C	() mg/dl
尿素窒素	() mg/dl
クレアチニン	() mg/dl
eGFR	
尿酸	() mg/dl
Na	() mEq/l
Cl	() mEq/l
K	() mEq/l
血糖（空腹時）	() mg/dl
ヘモグロビン A1c	() %
CRP	() mg/dl
白血球数	() 千/ μ l
赤血球数	() 万/ μ l
血色素量	() g/dl
ヘマトリック値	() %
血小板数	() 万/ μ l

「ワーファリン」を使用されている場合、以下の検査結果を記入してください。

トロンボテスト	() %
プロトロンビン INR 値	()

- *疾患に基づく検査データがありましたら添付してください
- *血液検査項目について漏れがないよう記入してください。
- *過去の検査データもございましたらコピーで結構ですのでお知らせください。

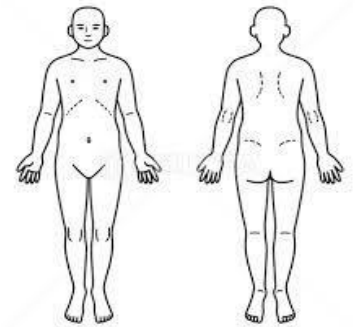
日常生活動作能力

利用者名:

様

令和 年 月 日

区分	項目				詳細
食事	種類	主食	常食・粥食(全・五)・軟飯・流動食		胃瘻: 有・無 インシュリン有()・無
		副食	常食・1口大・刻み・極刻み・ソフト・トロミ		
		麺類	常食・1口大・刻み・極刻み		
		水分	トロミ 有()・無		
	アレルギー・禁食	有()・無			
	制限	塩分(g) カロリー(cal) (食) 水分()			
	摂取状況	自立・一部介助・全介助			
	嚥下状態	むせ込み(有・無) ()			
排便	排泄方法 (日中)	尿意・便意:	有・無	自立・一部介助・全介助	義歯 有(上・下)・無 ストマ: 有・無 バルーン: 有・無
		トイレ(自立・誘導)・尿器・その他()			
		綿パン・リハパン・オムツ・パット			
移動	手段・方法	独歩・杖歩行・歩行器・車椅子(自走・介助)			
	移乗	自立・つかまれば自立・見守り・一部介助・全介助			
	移動	自立・つかまれば自立・見守り・一部介助・全介助			
入浴	洗身	自立・一部介助・全介助			
	入浴形態	大浴・個浴・機械浴・シャワー浴			
	着脱	自立・一部介助・全介助()			
服薬	昼食前後	有()・無			
	定時薬	有()・無			
	その他	目薬 有() 無・塗布薬 有() 無			
意思表示	理解力	ある・少しある・無			
	意思表示	可能・多少障害有り・不能			
	会話	可能・多少障害有り・不能			
感覚	視力	普通・やや困難・見えない	眼鏡	有・無	
	聴力	普通・やや困難・聞こえない	補聴器	有・無	
身体機能	麻痺	有(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢)・無			
	拘縮	有(肩・肘・股・膝)・無			
	褥瘡	有()・無			
	寝返り	自立・つかまれば自立・見守り・一部介助・全介助			
	起き上がり	自立・つかまれば自立・見守り・一部介助・全介助			
	座位の保持	自立・つかまれば自立・見守り・一部介助・全介助			
	立位の保持	自立・つかまれば自立・見守り・一部介助・全介助			
精神状況	精神状態	1. 不安 2. 焦燥感 3. 抑うつ 4. 興奮 5. 幻覚 6. 妄想 7. せん妄(昼・夜) 8. 不定愁訴 9. その他()			
	問題行動	1. 攻撃的行為 2. 不穏 3. 昼夜逆転 4. 不潔行為 5. 徘徊 6. 大声を出す			



特記

小江戸の郷 通所リハビリテーション

8:15 ご自宅に到着

↳



9:00

↳

小江戸の郷到着
血圧・体温測定
入浴・リハビリを担当がご案内します
(入浴とリハビリは時間で男女が交代しています)

12:00

↳

口腔体操
ご昼食



12:40

↳

口腔ケア・休息



14:00

↳

体操・レクリエーション



14:30

↳

おやつ

15:00

↳

帰宅



通所リハビリテーション持ち物

更新時にお持ちいただくもの






1. 介護保険証
2. 介護保険負担割合証
※新しい証書が届きましたらお早めにお持ちください。
3. お薬の説明書（お薬手帳）
※お薬の変更がない場合でも受診後には必ずお持ちください。

上記 1～3 はコピーをとらせていただいた後お返し致します。

毎回お持ちいただくもの

1. 連絡帳
2. 薬（内服薬、目薬など）
3. 入浴セット・・・上衣・下衣・肌着・パンツ・くつ下
リハビリパンツ・パット（必要な方のみ）
塗り薬
4. 口腔ケアセット・・・歯ブラシ・歯磨き粉・コップ ※われにくい素材のもの
入歯ケース・洗浄剤（必要な方のみ）
5. メガネ・メガネケース（必要な方のみ）

上記 3・4 は布製の巾着袋にご用意ください

-  携帯電話の使用は指定の場所をお願いいたします。
-  履物は、足の甲がかくれ、かかとのあるものをご使用ください。
-  持ち物には必ず名前のご記入をお願いします
-  現金、アクセサリー等の貴重品の持込みはご遠慮ください
-  飲食物の持込みは厳禁です。（あめ、ガムも不可）

通所リハビリテーション 料金表

①基本単位

小江戸の郷

介護度	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
利用単位/1回	710	844	974	1,129	1,281
利用料金料金	734	872	1,007	1,166	1,323

※利用料金は1割負担の場合の金額です

②加算(該当する項目についてのみ加算致します)

加算項目	単位数		利用料金
入浴介助加算 (I)	40	1回	41
入浴介助加算 (II)	60	1回	62
リハビリテーションマネジメント加算	593	6ヶ月未満/1月	613
リハビリテーションマネジメント加算	273	6ヶ月以上/1月	282
リハビリテーション提供体制加算	24	1回	25
短期集中個別リハビリテーション加算	110	1回	114
科学的介護推進体制加算	40	1月	41
中重度者ケア体制加算	20	1回	22
サービス提供体制強化加算(I)	22	1回	23
介護職員処遇改善加算(I)	所定単位の4.7%		
介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位の2.0%		
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位の1.0%		
送迎未実施加算	-47	1回	-48

③その他かかる費用・・・1日分 最大950円(消費税込み)となります

内容	料金	備考
昼食代	550	※ご提供した場合のみ
おやつ代	100	
教養娯楽費	150	
日用品費	150	
	100	※入浴されなかった場合

④必要に応じかかる費用

内容	料金	備考
排泄用品代	実費	※使用した物品内容により実費
理美容代	2,100	※カットのみ、曜日固定
連絡帳代	370	※1冊50回分
口座引落手数料	132	※月1回

1ヶ月にかかる費用 (①×利用回数)+(②×利用回数)+(③×利用回数)+④の合計となります。

端数処理上、若干の誤差が生じる場合がありますので、ご了承下さい。

予防通所リハビリテーション 料金表

小江戸の郷

①基本単位

介護度	支援1	支援2
利用単位/1月	2,053	3,999
利用料金料金	2,121	4,130

※利用料金は1割負担の場合の金額です

②加算(該当する項目についてのみ加算致します)

加算項目	単位数		利用料金
運動器機能向上加算	225	1月	232
科学的介護推進体制加算	40	1月	41
サービス提供体制強化加算(支援1)	88	1月	91
サービス提供体制強化加算(支援2)	176	1月	182
利用12か月後の減算(支援1)	-20	1月	-21
利用12か月後の減算(支援2)	-40	1月	-41
介護職員処遇改善加算(I)	所定単位の4.7%		
介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位の2.0%		
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位の1.0%		

③その他かかる費用・・・1日分 最大950円(消費税込み)となります

内容	料金	備考
昼食代	550	※ご提供した場合のみ
おやつ代	100	
教養娯楽費	150	※集団レク等の費用代
日用品費	150	※日常使用する備品代
	100	※入浴されなかった場合

④必要に応じかかる費用

内容	料金	備考
排泄用品代	実費	※使用した物品内容により実費
理美容代	2,100	※カットのみ
連絡帳代	370	※1冊50回分
口座引落手数料	132	※月1回

1ヶ月にかかる費用 ①+②+(③×利用回数)+④の合計となります。

端数処理上、若干の誤差が生じる場合がありますので、ご了承下さい。