

訪問リハビリテーション 利用申込 ・ 回答用紙

居宅介護支援事業所		TEL	
担当者名		FAX	

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者名	様	男 ・ 女	要支援 (□1・□2) 要介護 (□1・□2・□3・□4・□5)
住所			利用者の来苑 □できる □できない 駐車所 □あり □なし
病名			
利用希望の経緯			
目標			
希望曜日	□月 □火 □水 □木 □金	希望時間	
備考			
添付書類	□基本情報 □介護保険証のコピー □負担割合証のコピー □身障手帳のコピー □その他		

上記申し込みに対して下記の通り回答します。 受付日: 年 月 日

訪問リハビリテーション 山咲苑 担当:
TEL: 0596-23-8000 / FAX: 0596-63-8200
E-mail: h-reha@yamasakien.biz

□1 申し訳ありませんが、お申込みいただいたサービスは現在スケジュール上対応できません。調整ができ次第、当苑よりご連絡させていただきます。予約をキャンセルされる際はご連絡ください。

□2 下記の通りであれば対応可能ですので、検討の上ご連絡ください。

利用開始日	年 月 日 ()
ご利用曜日	□月 □火 □水 □木 □金
提供時間	
事業所番号	2450880014
サービス内容	☐ 訪問リハビリテーション費 ☐ 介護308単位/回 ☐ 予防298単位/回 ☐ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 6単位/回 ☐ 短期集中リハビリテーション加算 200単位/日 ☐ 訪問リハ移行支援加算 17単位/日 ☐ 退院時共同指導加算 600単位/回 ☐ リハビリテーションマネジメント加算(□) 213単位/月 ☐ 上記リハマネの説明を医師が実施 270単位/月 ☐ 介護職員等処遇改善加算 1.5 % ※移行支援加算・リハマネ加算は介護予防を除く

かかりつけ医療機関様の「診療情報提供書」が必要となります。

ご準備できましたら苑の方へご連絡ください。

当苑施設医の診療日を決めます。

サービス担当者会議の開催日時についてはご相談下さい。