

# 重要事項説明書

(介護予防訪問リハビリテーション)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： 医療法人社団 慶宏会 南須原医院

## 1 事業所名（法人）の概要

### ① 事業者（法人）の概要

名称	医療法人社団 慶宏会 南須原医院
代表者名	理事長 南須原 宏城
所在地	埼玉県秩父郡長瀨町本野上174-3
事業所番号	1114800967号 埼玉県
連絡先	0494-66-2038

### ② 職員体制

職種	常勤	非常勤	計
理学療法士	2名	3名	5名

### ③ サービス実施エリア

実施エリア	埼玉県秩父郡皆野町・長瀨町・秩父市・寄居町
-------	-----------------------

### ④ 営業日

営業日	平日
営業時間	9:00 ~ 17:00
営業しない日	水曜日・日曜日・祭日 年末年始・夏季

### ⑤ 事業計画について

事業計画については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

## 2 サービスの内容と費用

① 理学療法士がご利用者様の自宅を訪問し、ご利用者様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力の改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

### ② 費用

原則として料金表の利用料金の1割または2割が利用者負担額となります。

### ③ 料金表

基本単価	料金（1日につき）
介護予防訪問リハビリテーション費 20分以内	298円
40分以内	596円
60分以内	894円

④ 加算・減算について

- 1) 予防訪問リハビリサービス提供体制強化加算 I
- 2) 予防訪問リハビリテーション計画未実施減算  
当院主治医でないケースで、当院受診が3か月行われていない場合
- 3) 予防訪問リハビリテーション12か月超減算  
当院予防訪問リハビリテーションと契約後に12か月经過した後より減算

加算種類	料金
予防訪問リハビリサービス提供体制強化加算 I	6円/20分につき
減算種類	料金
予防訪問リハビリテーション計画未実施減算	50円/20分につき
予防訪問リハビリテーション12か月超減算	30円/20分につき

⑤ キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。(連絡先：南須原医院 TEL 0494-66-2038)

〈1〉 ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
〈2〉 ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%
〈3〉 ご利用日当日までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の100%

⑥ その他の費用

お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。

⑦ 利用料等のお支払い方法

利用月終了後、請求書を発行いたしますので、当院会計窓口にてお支払いください。

⑧ その他

まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。

なお、担当職員の体調不良等のサービス提供に支障が出る際は、利用者様等に感染の恐れがある場合において、お休みを頂くことがございます。ご了承ください。代理職員の派遣や曜日変更はこちらより連絡させていただきます。

⑨ 事業者が提供するサービス内容に関する苦情等相談窓口

苦情等受付窓口	窓口責任者	南須原医院 引間 晴香
	ご利用時間	8:30 ~ 17:00
	電話番号	0494-66-2038
	FAX 番号	0494-26-5626

### 3 緊急時の対応方法（連絡体制）

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	南須原 宏城 先生
	連絡先	0494-66-2038
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への 連絡基準		
連絡方法		

#### 【事業所】

(事業所名) 医療法人社団 慶宏会 南須原医院  
(住所) 埼玉県秩父郡長瀨町本野上174-3  
(代表者) 理事長 南須原 宏城  
(指定番号 1114800967号 埼玉県)

受領し、これらの内容に関して十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行事由：

署名代行者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 個人情報の利用目的について

当院が保有する個人情報については、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

個人情報の利用目的につきましては、事業者は、利用者及びその家族の有する問題や解決すべき課題等についてのサービス担当者会議において、情報を共有するために用いらさせていただきます。

なお、情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

\_\_\_\_\_ 殿（利用者）

\_\_\_\_\_ 殿（署名代行者）

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【医療法人社団 慶宏会 南須原医院】

【埼玉県秩父郡長瀬町本野上174-3】

【0494-66-2038】