

通所リハビリテーション利用申請書の記入について

1. 申請書4ページ（ケアマネ記入用紙も入ってます）
2. 以下の書類と一緒に申請書を提出して下さい。
 - 介護保険被保険者証のコピー
 - 介護保険負担割合証のコピー
 - 薬の説明書のコピー

※ 上記書類は提出時に当施設にてコピー出来ます。

※ 不明な点は相談員（高橋・細谷）まで、お気軽にお問い合わせ下さい。

今後の流れ

申請書提出



判定会議



事前面接



契約



通所開始となります！



◀ 事前面接の日程を決めます

◀ 施設内、関係部署代表者による会議開催（火・木）

◀ 自宅環境・ご利用者様の身体状況の確認をします

◀ 判定会議の結果をお知らせします

◀ 契約書記入・来所時の詳しい説明をします

◆◆◆◆◆ スタッフ一同心よりお待ちしております ◆◆◆◆◆

ファミリート日の出デイケアセンター 利用申請書 1

申請日 年 月 日 ()

《 家族記入用 》

受付者 相談受付No.

利用者	ふりがな				男 ・ 女	血液型		
	氏 名	様				型		
	住 所	〒						
	電話番号							
	生年月日	大正 昭和	年	月	日	歳		
申請者	氏 名	様			利用者との続柄			
	住 所	〒						
	電話番号							
申請理由								
希望	曜 日	月	火	水	木	金	土	回/週
	サービス	入浴	リハビリ	送迎				

家族構成についてお聞かせ下さい

男性→□ 女性→○ 夫婦→= 死亡男性→■ 死亡女性→● 親子→	
---	--

介護者状況		氏名	年齢	続柄	同居・別居	住所 / 電話番号
		主介護者				
副介護者						☎ ☎

主介護者について教えて下さい

主介護者名	就業	無 ・ 有 (時間 ~)
	健康状態	良 ・ 不良 (疾病)

ご家族アンケート 1

利用希望者氏名

記入者

続柄

普段のご様子について教えてください。当てはまる箇所に○をお願い致します。

身体状況	血压 ⇒	/						
	体温 ⇒							
	脈 ⇒							
	睡眠 ⇒	良好	時々不眠	薬服用	昼夜逆転			
	たばこ ⇒	吸う	吸わない					
歩行	屋外	方法	自立	つたえ歩き	一部介助	全介助	非実施	
		使用用具	なし	T杖	4点杖	歩行器	シルバーカー	車いす
	屋内	方法	自立	つたえ歩き	声掛け介助	一部介助	全介助	非実施
		使用用具	独歩	T杖	4点杖	歩行器	シルバーカー	車いす
	階段昇降	方法	自立	見守り介助	一部介助	全介助	非実施	
座位保持		可能 ・ 困難						
立位保持		可能 ・ 困難						
起き上がり動作		自分で可能 一部介助 全介助						
食事	動作	方法	自立	見守り介助	一部介助	全介助		
		エプロン	使用 ・ 不使用					
	形態	一般食・治療食(高血圧 心臓病食減塩6g 糖尿病食 cal 腎不全食 cal)						
		主食	ご飯	軟飯	お粥	ミキサー	おにぎり	
		副食	常菜	大刻み	刻み	ミキサー		
	水分制限	無 ・ 有()						
	アレルギー	無 ・ 有()						
	口腔状態	自歯のみ	部分入歯(上・下)	総入歯(上・下)	脱落のまま	本残存		
	飲み込み	むせない	時々むせる・詰まる		よくむせる・詰まる			
	食べられない物							
排泄	動作	自立	声掛け誘導	一部介助	全介助	非実施		
	形態	自パン	リハビリパンツ	リハパン+パット	おむつ			
	尿意・便意	尿意(有 ・ 無)		便意(有 ・ 無)				
入浴	洗身・洗髪	自立	声掛け誘導	一部介助	全介助	非実施		
	更衣	自立	声掛け誘導	一部介助	全介助	非実施		
内服	なし ・ あり (朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 ・ 頓服)							

ご家族アンケート 2

利用希望者氏名

記入者

続柄

当てはまる箇所に○をお願い致します。

意思疎通	できる	ほとんどできる	かろうじてできる	できない
聴力	右 補聴器(有・無)	普通	大きな声で	耳元で 難聴
	左 補聴器(有・無)	普通	大きな声で	耳元で 難聴
視力	右 眼鏡(有・無)	見える	かろうじて見える	見えない
	左 眼鏡(有・無)	見える	かろうじて見える	見えない
言語	普通	少し不自由	不自由	言語障害

今現在、生活の中で困っていること(複数回答可)

--

昔の仕事や趣味など教えて下さい

--

かかりつけの病院について教えて下さい

病院・医院	科	医師
病院・医院	科	医師

疾患名	①	発症年月日:	年	月	日
	②	発症年月日:	年	月	日
	③	発症年月日:	年	月	日

医師からの注意事項(血压指示等・・・)

--

介護老人保健施設ファミリート日の出 § 通所リハビリテーション § 利用料金 概算

※ 利用料金は 9:30～15:45 の基本時間にて計算 『介護度』と『利用時間』と『割合証』により異なります。

介護保険負担限度額区分 (3割負担)

要介護度	①基本サービス費	1日にかかる費用				1日の目安
		②昼食代	③おやつ代	④教養娯楽費	⑤日用品費	
要介護 1 (710)	2,622	600 円	120 円	70 円	143 円	¥3,555
要介護 2 (844)	3,072					¥4,005
要介護 3 (974)	3,513					¥4,446
要介護 4 (1129)	4,035					¥4,968
要介護 5 (1281)	4,548					¥5,481

介護保険負担限度額区分 (2割負担)

要介護度	①基本サービス費	1日にかかる費用				1日の目安
		②昼食代	③おやつ代	④教養娯楽費	⑤日用品費	
要介護 1 (710)	1,748	600 円	120 円	70 円	143 円	¥2,681
要介護 2 (844)	2,048					¥2,981
要介護 3 (974)	2,342					¥3,275
要介護 4 (1129)	2,690					¥3,623
要介護 5 (1281)	3,032					¥3,965

介護保険負担限度額区分 (1割負担)

要介護度	①基本サービス費	1日にかかる費用				1日の目安
		②昼食代	③おやつ代	④教養娯楽費	⑤日用品費	
要介護 1 (710)	874	600 円	120 円	70 円	143 円	¥1,807
要介護 2 (844)	1,024					¥1,957
要介護 3 (974)	1,171					¥2,104
要介護 4 (1129)	1,345					¥2,278
要介護 5 (1281)	1,516					¥2,449

①の基本サービス費内訳

基本単位数、サービス提供 I、リハ提供体制、中重度ケア、介護職員処遇改善×4.7%、特定処遇×2% 地域加算×10.55

介護老人保健施設ファミリート日の出 § 予防通所リハビリテーション § 利用料金 概算

※ 基本単位数はひと月の利用回数に関わらず、月額での料金設定になります。

要支援 1 (2,053)	①基本サービス費	②昼食代	③おやつ代	④教養娯楽費	⑤日用品費	月4回利用の目安
		2,663	2,400 円	480 円	280 円	572 円
要支援 2 (3,999)	①基本サービス費	②昼食代	③おやつ代	④教養娯楽費	⑤日用品費	月8回利用の目安
		4,953	4,800 円	960 円	560 円	1144 円

①の基本サービス費内訳

基本単位数、サービス提供 I、運動器機能向上、介護職員処遇改善×4.7%、特定処遇×2% 地域加算×10.55

加算項目 (1割負担の方)	金額/日	加算項目 (税込み)	金額/日
入浴介助加算 (1回)	42 円	理美容代 カット	2,310 円
リハビリマネジメント加算(B)11 6か月以内	876円/月	理美容代 パーマ・カラー	5,610 円
リハビリマネジメント加算(B)12 6か月超	538円/月	理美容代 顔そりのみ	1,210 円
短期集中リハビリ加算(1回)	116 円	おむつ代(リハビリパンツ93円、パット42円)	
送迎減算(片道)	-49 円	おむつ廃棄料金(リハビリパンツ61円、パット32円)	