

管理番号 No.

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： 医療法人社団和海会 あいべ整形外科

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	医療法人社団和海会 あいべ整形外科
所在地	東京都北区滝野川六丁目14番9号 東京先端医療モールビル202号室
連絡先	03-5567-0606
管理者名	相部和士
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	1311731355
サービス提供地域	<p>北区 王子1～6丁目、王子本町1～3丁目、上十条1・2丁目、上中里1～3丁目 岸町1～2丁目、栄町、十条台1・2丁目、西ヶ原1～4丁目、東十条1丁目 滝野川1～7丁目、豊島1～3丁目、堀船1～3丁目</p> <p>豊島区 池袋1～4丁目、池袋本町1～4丁目、上池袋1～4丁目、北大塚1～3丁目 駒込1～7丁目、巣鴨1～5丁目、南池袋1～4丁目、南大塚1～3丁目、 西巣鴨1～4丁目、東池袋1～5丁目</p> <p>板橋区 板橋1～4丁目、稻荷台、大山金井町、大山東町、加賀1・2丁目、熊野町 栄町、仲宿、中丸町、氷川町、本町、大和町</p> <p>文京区 大塚6丁目、千石1～4丁目、本駒込2・5・6丁目</p>

※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) 営業時間

平日	午前9:00～午後7:00
土曜日	午前9:00～午後12:30
定休日	土曜日午後・日曜日・祝日 8月10日～8月18日、12月28日～1月4日であいべ整形外科の休診日と同じ

(3) 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名	名	1名
理学療法士	8名	名	8名
作業療法士	名	名	名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 03-5567-0606

担当部署 : リハビリテーション科

担当者 : _____

受付時間 : 午前9:00～午後7:00

3 当事業所以外の連絡窓口（相談・苦情など）

	部署	電話番号
北区	介護保険課 事業者支援係	03-3908-1119
豊島区	福祉部介護保険課相談グループ	03-3981-1318
板橋区	介護保険苦情相談室	03-3579-2079
文京区	福祉部介護保険課介護保険相談係	03-5803-1383
東京都国民健康保険団体連合会（国保連）苦情相談窓口		03-6238-0177

※ご担当の居宅介護支援専門員やお近くの地域包括センターでもご相談できます。

4 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士が、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、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 訪問時間は入室から退出までの滞在時間です。
- (3) 悪天候が予想される場合は、職員の安全確保のため中止または日時変更させていただきます。
- (4) 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。

5 利用料金

(1) 費用

各ご利用者様の介護負担割合に応じて、利用料金の1割、2割、3割が負担額になります。

(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、20日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 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。

(4) キャンセル料

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%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

6 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	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	

7 その他

ご利用者様および、ご家族からの「お心付けや差し入れの品」等はどうな場合でも、一切いただくことができません。職員一同、誠意をもって対応させていただきますので、ご理解ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【事業者】

住 所：東京都北区滝野川六丁目 14 番 9 号 東京先端医療モールビル 202 号室
 法 人 名：医療法人社団 和海会
 代 表 者：相部 和士 印

【事業所】

住 所：東京都北区滝野川六丁目 14 番 9 号 東京先端医療モールビル 202 号室
 事業所名：医療法人社団和海会 あいべ整形外科
 (介護保険事業所番号 1311731355)

担当者 _____ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄)

署名代行理由：