

年 月 日

社会医療法人財団 仁医会 大森平和の里 宛

TEL 5471-6991

FAX 3767-7513

事業所番号 No.1357081219

## 通所リハビリテーション（デイケア）申込書

ご利用者	フリガナ			性別	男 ・ 女	
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住所	〒 -				
	電話番号	( )				
	要介護度	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 その他 ( )				
	被保険者番号			生活保護受給	有 ・ 無	
	主疾病 (既往歴)					
	かかりつけ医	病院名 :		主治医 :		
申込者	氏名	(続柄 : )				
	住所					
	連絡先					
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先 (自宅・携帯等)			
介護支援事業所	事業所名					
	ケアマネージャー			事業所番号		
	TEL			FAX		
利用希望	利用日	月 火 水 木 金 土	送迎希望	有 ・ 無		
	入浴希望	有 ・ 無	乗車方法	ステップ ・ 車椅子		
	希望開始日	年 月 日 より ・ 調整つき次第				
	通所希望理由					
備考						

\*分かる範囲での記入で結構です。

内容の確認後、調整付き次第こちらから折り返し連絡を致します。

# 医師診療情報提供書

社会医療法人財団 仁医会

介護老人保健施設 大森平和の里 施設医 宛

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 歳			
氏名						
住所 〒						
電話番号 ( )						
現在治療を受けている疾患						
既往歴						
投薬内容 (全科のもの含む)						
薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )						
感染症: M R S A ( ) H B - A g ( ) H C V ( ) W a - R ( ) 疥癬 ( ) 活動性結核 ( ) その他 ( )						
1.利用可否について (可 ・ 否) 2.入浴可否について (可 ・ 否) 入浴、リハビリについての指導事項 * 血圧 / mmHg以上中止 * 脈拍 分以上中止 / mmHg以下中止 分以下中止						
3.機能訓練についての指導事項 (禁忌事項あればお知らせください)						
身長	cm	体重	kg			
《 備 考 》						

年 月 日 紹介医療機関 (施設) 名

住 所

電 話

医 師 名

印

# 日常生活動作 (ADL) 調査表①

利用者氏名	様	記入日	令和	年	月	日
施設名・病院名		記入者	(続柄・職種)			

※ 日常生活の様子についてご記入下さい。

食事について		【特記事項】
主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> ( ) 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )	(禁食・アレルギーなど)
副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー	
提供カロリー	1日 ( ) Kcal <input type="checkbox"/>	
平均摂取量	主食 /10割 副食 /10割	
治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
使用器具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク その他 ( )	
食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助	
嚥下	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 悪い (状況を特記事項にご記入ください)	
水分摂取	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い (トロミ使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
トロミ使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)	
自歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) 総入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)	
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

移動について		【特記事項】
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 ( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 伝い <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー) <input type="checkbox"/> 車いす ( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング・チルト	(移動の際の注意点など)
移動状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

排泄について		【特記事項】
尿意	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 昼夜とも <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 時々) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バルン	(排泄の注意点、下剤の種類など) 拘束着の着用 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )
便意	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 昼夜とも <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 時々) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ストマ	
場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ	
日 下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 紙おむつ	
中 排泄状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助	
失禁	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無 排泄回数 回	
場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ	
夜 下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 紙おむつ	
間 排泄状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助	
失禁	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無 排泄回数 回	
排便頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2-3日に1回 <input type="checkbox"/> 4日以上1回 下剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

清潔について		【特記事項】
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(入浴における注意点など)
洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

## 日常生活動作（ADL）調査表②

利用者氏名

様

記入日 令和

年

月

日

※ 日常生活の様子についてご記入ください。

医療状況について		【特記事項】
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手渡せば可 <input type="checkbox"/> 全介助	(点眼内容、医療処置内容など)
処方薬剤	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 他( )	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不眠	
眠剤処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服【週 回服用】	
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔) <input type="checkbox"/> パルン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 他( )	

身体状況について		【特記事項】
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 制限あり(眼鏡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	(身体状況で注意点など)
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 制限あり(補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
安全対策	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 胴体抑制 <input type="checkbox"/> センサーマット) 他( )	
言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	

コミュニケーション状況等について		
物忘れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり	認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M)
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない	ナースコール <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
理 解	毎日の日課を理解すること	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
	生年月日や年齢を答えること	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
	今現在の季節を理解すること	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
	自分がいる場所を理解すること	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
行 動	物を盗られたなど被害的になる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	作り話をして周囲に言いふらす	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	泣いたり笑ったり、感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	夜間不眠や、昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	暴言や暴力	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	大声を出す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	家に帰るなどと落ち着かなくなる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	物や衣類を壊したり、破いたりする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	不潔行為を行う	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
食べられない物を口に入れる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
周囲が迷惑するような性的行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
転倒や転落の危険性があり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	

【特記事項】 (問題行動がある場合、その具体的な内容・対応方法について)

■料金表 <通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーション>

社会医療法人財団 仁医会  
介護老人保健施設 大森平和の里  
TEL:03(3767)7512 FAX:03(3767)7513

区分内容			通所リハビリテーション					
			法定利用単位	法定金額	負担額の目安 注1			
					1割	2割	3割	
16	3716	3時間以上 4時間未満	要介護 1	483 <sup>単位</sup>	5,361 <sup>円</sup>	537 <sup>円</sup>	1,073 <sup>円</sup>	1,609 <sup>円</sup>
16	3717		要介護 2	561 <sup>単位</sup>	6,227 <sup>円</sup>	623 <sup>円</sup>	1,246 <sup>円</sup>	1,869 <sup>円</sup>
16	3718		要介護 3	638 <sup>単位</sup>	7,081 <sup>円</sup>	709 <sup>円</sup>	1,417 <sup>円</sup>	2,125 <sup>円</sup>
16	3719		要介護 4	738 <sup>単位</sup>	8,191 <sup>円</sup>	820 <sup>円</sup>	1,639 <sup>円</sup>	2,458 <sup>円</sup>
16	3720		要介護 5	836 <sup>単位</sup>	9,279 <sup>円</sup>	928 <sup>円</sup>	1,856 <sup>円</sup>	2,784 <sup>円</sup>
16	3721	4時間以上 5時間未満	要介護 1	549 <sup>単位</sup>	6,093 <sup>円</sup>	610 <sup>円</sup>	1,219 <sup>円</sup>	1,828 <sup>円</sup>
16	3722		要介護 2	637 <sup>単位</sup>	7,070 <sup>円</sup>	707 <sup>円</sup>	1,414 <sup>円</sup>	2,121 <sup>円</sup>
16	3723		要介護 3	725 <sup>単位</sup>	8,047 <sup>円</sup>	805 <sup>円</sup>	1,610 <sup>円</sup>	2,415 <sup>円</sup>
16	3724		要介護 4	838 <sup>単位</sup>	9,301 <sup>円</sup>	931 <sup>円</sup>	1,861 <sup>円</sup>	2,791 <sup>円</sup>
16	3725		要介護 5	950 <sup>単位</sup>	10,545 <sup>円</sup>	1,055 <sup>円</sup>	2,109 <sup>円</sup>	3,164 <sup>円</sup>
16	3941	5時間以上 6時間未満	要介護 1	618 <sup>単位</sup>	6,859 <sup>円</sup>	686 <sup>円</sup>	1,372 <sup>円</sup>	2,058 <sup>円</sup>
16	3942		要介護 2	733 <sup>単位</sup>	8,136 <sup>円</sup>	814 <sup>円</sup>	1,628 <sup>円</sup>	2,441 <sup>円</sup>
16	3943		要介護 3	846 <sup>単位</sup>	9,390 <sup>円</sup>	939 <sup>円</sup>	1,878 <sup>円</sup>	2,817 <sup>円</sup>
16	3944		要介護 4	980 <sup>単位</sup>	10,878 <sup>円</sup>	1,088 <sup>円</sup>	2,176 <sup>円</sup>	3,264 <sup>円</sup>
16	3945		要介護 5	1,112 <sup>単位</sup>	12,343 <sup>円</sup>	1,235 <sup>円</sup>	2,469 <sup>円</sup>	3,703 <sup>円</sup>
16	3726	6時間以上 7時間未満	要介護 1	710 <sup>単位</sup>	7,881 <sup>円</sup>	789 <sup>円</sup>	1,577 <sup>円</sup>	2,365 <sup>円</sup>
16	3727		要介護 2	844 <sup>単位</sup>	9,368 <sup>円</sup>	937 <sup>円</sup>	1,874 <sup>円</sup>	2,811 <sup>円</sup>
16	3728		要介護 3	974 <sup>単位</sup>	10,811 <sup>円</sup>	1,082 <sup>円</sup>	2,163 <sup>円</sup>	3,244 <sup>円</sup>
16	3729		要介護 4	1,129 <sup>単位</sup>	12,531 <sup>円</sup>	1,254 <sup>円</sup>	2,507 <sup>円</sup>	3,760 <sup>円</sup>
16	3730		要介護 5	1,281 <sup>単位</sup>	14,219 <sup>円</sup>	1,422 <sup>円</sup>	2,844 <sup>円</sup>	4,266 <sup>円</sup>
16	6144	提供体制加算1	3時間以上4時間未満	12 <sup>単位</sup>	133 <sup>円</sup>	13 <sup>円</sup>	27 <sup>円</sup>	40 <sup>円</sup>
16	6145	提供体制加算2	4時間以上5時間未満	16 <sup>単位</sup>	178 <sup>円</sup>	10 <sup>円</sup>	36 <sup>円</sup>	53 <sup>円</sup>
16	6146	提供体制加算3	5時間以上6時間未満	20 <sup>単位</sup>	222 <sup>円</sup>	22 <sup>円</sup>	44 <sup>円</sup>	67 <sup>円</sup>
16	6147	☆ 提供体制加算4	6時間以上7時間未満	24 <sup>単位</sup>	266 <sup>円</sup>	27 <sup>円</sup>	53 <sup>円</sup>	80 <sup>円</sup>
16	5301	☆ 入浴介助加算Ⅰ(1日につき)		40 <sup>単位</sup>	444 <sup>円</sup>	45 <sup>円</sup>	89 <sup>円</sup>	134 <sup>円</sup>
16	5608	リハビリテーションマネジメント加算(A)口	6月以内	560 <sup>単位</sup>	6,216 <sup>円</sup>	622 <sup>円</sup>	1,244 <sup>円</sup>	1,865 <sup>円</sup>
16	5609	☆ リハビリテーションマネジメント加算(A)口	6月超	273 <sup>単位</sup>	3,030 <sup>円</sup>	303 <sup>円</sup>	606 <sup>円</sup>	909 <sup>円</sup>
16	5614	☆ 中重度者ケア体制加算		20 <sup>単位</sup>	222 <sup>円</sup>	23 <sup>円</sup>	45 <sup>円</sup>	67 <sup>円</sup>
16	5613	短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日 から3月以内	110 <sup>単位</sup>	1,221 <sup>円</sup>	123 <sup>円</sup>	245 <sup>円</sup>	367 <sup>円</sup>
16	6099	☆ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22 <sup>単位</sup>	244 <sup>円</sup>	25 <sup>円</sup>	49 <sup>円</sup>	74 <sup>円</sup>
16	6361	☆ 科学的介護推進体制加算	月1回	40 <sup>単位</sup>	444 <sup>円</sup>	45 <sup>円</sup>	89 <sup>円</sup>	134 <sup>円</sup>
16	6201	☆ 口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6月に1回	5 <sup>単位</sup>	56 <sup>円</sup>	6 <sup>円</sup>	11 <sup>円</sup>	17 <sup>円</sup>
16	6110	☆ 移行支援加算		12 <sup>単位</sup>	133 <sup>円</sup>	13 <sup>円</sup>	27 <sup>円</sup>	40 <sup>円</sup>
16	5626	☆ 口腔機能向上加算(Ⅱ)	月2回	160 <sup>単位</sup>	1,776 <sup>円</sup>	178 <sup>円</sup>	355 <sup>円</sup>	533 <sup>円</sup>
16	5612	送迎減算	片道につき	-47 <sup>単位</sup>	-521 <sup>円</sup>	-53 <sup>円</sup>	-105 <sup>円</sup>	-157 <sup>円</sup>
16	6106	○ 処遇改善加算Ⅱ注2		総単位(基本サービス+各種加算)×サービス別加算率(3.4%)×11.1円				
16	6118	○ 特定処遇改善加算Ⅰ注2		総単位(基本サービス+各種加算)×サービス別加算率(2.0%)×11.1円				
区分内容			予防通所リハビリテーション					
			法定利用単位	法定金額	負担額の目安 注1			
					1割	2割	3割	
66	2111		支援 1	2053 <sup>単位</sup>	22,788 <sup>円</sup>	2,279 <sup>円</sup>	4,558 <sup>円</sup>	6,836 <sup>円</sup>
66	2121		支援 2	3,999 <sup>単位</sup>	44,388 <sup>円</sup>	4,439 <sup>円</sup>	8,878 <sup>円</sup>	13,317 <sup>円</sup>
66	5002		運動器機能向上加算	225 <sup>単位</sup>	2,498 <sup>円</sup>	250 <sup>円</sup>	500 <sup>円</sup>	750 <sup>円</sup>
66	6201		口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 <sup>単位</sup>	56 <sup>円</sup>	6 <sup>円</sup>	11 <sup>円</sup>	17 <sup>円</sup>
66	5010		口腔機能向上加算(Ⅱ)	160 <sup>単位</sup>	1,776 <sup>円</sup>	178 <sup>円</sup>	355 <sup>円</sup>	533 <sup>円</sup>
66	5005		事業所評価加算	120 <sup>単位</sup>	1,332 <sup>円</sup>	133 <sup>円</sup>	266 <sup>円</sup>	400 <sup>円</sup>
66	6361		科学的介護推進体制加算	40 <sup>単位</sup>	444 <sup>円</sup>	45 <sup>円</sup>	89 <sup>円</sup>	134 <sup>円</sup>
66	6098		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88 <sup>単位</sup>	977 <sup>円</sup>	98 <sup>円</sup>	195 <sup>円</sup>	293 <sup>円</sup>
66	6099		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	176 <sup>単位</sup>	1,954 <sup>円</sup>	195 <sup>円</sup>	391 <sup>円</sup>	586 <sup>円</sup>
66	6110		処遇改善加算Ⅱ注2	総単位(基本サービス+各種加算)×サービス別加算率(3.4%)×11.1円				
66	6121		特定処遇改善加算Ⅰ注2	総単位(基本サービス+各種加算)×サービス別加算率(2.0%)×11.1円				
区分内容			負担額の目安					
			食費	800円				
			特別食	150円				
			特別な食事の費用	550円				
			尿取りパッド	42円				
			テープ止め	M175円/L186円				
			リハビリパンツ	S165円/M186円/L206円/LL227円				