

令和 年 月 日

社会医療法人財団 仁医会 大森平和の里 苑

TEL 3767-7512 FAX 3767-7513

事業所番号 NO.135708219

通所リハビリテーション（デイケア）申込書

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	〒 ー					
	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	
	認定年月日	令和 年 月 日					
	認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	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						
	ケアマネジャー				事業所番号		
	TEL				FAX		
利用 希 望	利用日	月 火 水 木 金	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。

醫師診療情報提供書

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		☐ 男 ・ ☐ 女	☐ 明治 生年月日 ☐ 大正 ☐ 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 ☐ 無 ☐ 有 () 食物アレルギー ☐ 無 ☐ 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

醫師名

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

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

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

清潔について		【特記事項】
入浴	☐ 一般浴 ☐ リフト浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭 ☐ その他 ()	(入浴における注意点など)
洗身	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) ☐ 全介助	
更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
洗面	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 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	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 手渡せば可 ☐ 全介助	(点眼内容、医療処置内容など)
処方薬剤	☐ 内服薬 ☐ 点眼薬 ☐ 塗り薬 ☐ 他 ()	
睡眠	☐ 良眠 ☐ 不安定 ☐ 不眠	
眠剤処方	☐ なし ☐ あり (☐ 定期 ☐ 頓服【週 回服用】)	
皮膚疾患	☐ なし ☐ あり ()	
医療処置	☐ 経管栄養 (☐ 胃瘻 ☐ 鼻腔) ☐ パルン ☐ ストマ ☐ インスリン ☐ 在宅酸素 ☐ 吸引 ☐ 他 ()	

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

コミュニケーション状況等について		
物忘れ	☐ なし ☐ 時々 ☐ あり	認知症 ☐ なし ☐ あり (☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M)
意思伝達	☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない	ナースコール ☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない
理 解	毎日の日課を理解すること	☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない
	生年月日や年齢を答えること	☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない
	今現在の季節を理解すること	☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない
	自分がいる場所を理解すること	☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない
行 動	物を盗られたなど被害的になる	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	作り話をして周囲に言いふらす	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	泣いたり笑ったり、感情が不安定になる	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	夜間不眠や、昼夜逆転	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	暴言や暴力	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	大声を出す	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	助言や介護に抵抗する	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	目的もなく動き回る	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	家に帰るなどと落ち着かなくなる	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	一人で外に出たがり目が離せない	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	物や衣類を壊したり、破いたりする	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	不潔行為を行う	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
	食べられない物を口に入れる	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある
周囲が迷惑するような性的行為	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ ある	
転倒や転落の危険性があり目が離せない	☐ ない ☐ 過去に合った ☐ 時々ある ☐ 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	3711	2時間以上 3時間未満	要 介 護 1	383 ^{単位}	4,251 ^円	426 ^円	851 ^円	1,276 ^円	
16	3712		要 介 護 2	439 ^{単位}	4,872 ^円	488 ^円	975 ^円	1,462 ^円	
16	3713		要 介 護 3	498 ^{単位}	5,527 ^円	553 ^円	1,106 ^円	1,659 ^円	
16	3714		要 介 護 4	555 ^{単位}	6,160 ^円	616 ^円	1,232 ^円	1,848 ^円	
16	3715		要 介 護 5	612 ^{単位}	6,793 ^円	680 ^円	1,359 ^円	2,038 ^円	
16	3716	3時間以上 4時間未満	要 介 護 1	486 ^{単位}	5,394 ^円	540 ^円	1,079 ^円	1,619 ^円	
16	3717		要 介 護 2	565 ^{単位}	6,271 ^円	628 ^円	1,255 ^円	1,882 ^円	
16	3718		要 介 護 3	643 ^{単位}	7,137 ^円	714 ^円	1,428 ^円	2,142 ^円	
16	3719		要 介 護 4	743 ^{単位}	8,247 ^円	825 ^円	1,650 ^円	2,475 ^円	
16	3720		要 介 護 5	842 ^{単位}	9,346 ^円	935 ^円	1,870 ^円	2,804 ^円	
16	3721	4時間以上 5時間未満	要 介 護 1	553 ^{単位}	6,138 ^円	614 ^円	1,228 ^円	1,842 ^円	
16	3722		要 介 護 2	642 ^{単位}	7,126 ^円	713 ^円	1,426 ^円	2,138 ^円	
16	3723		要 介 護 3	730 ^{単位}	8,103 ^円	811 ^円	1,621 ^円	2,431 ^円	
16	3724		要 介 護 4	844 ^{単位}	9,368 ^円	937 ^円	1,874 ^円	2,811 ^円	
16	3725		要 介 護 5	957 ^{単位}	10,622 ^円	1,063 ^円	2,125 ^円	3,187 ^円	
16	3941	5時間以上 6時間未満	要 介 護 1	622 ^{単位}	6,904 ^円	691 ^円	1,381 ^円	2,072 ^円	
16	3942		要 介 護 2	738 ^{単位}	8,191 ^円	820 ^円	1,639 ^円	2,458 ^円	
16	3943		要 介 護 3	852 ^{単位}	9,457 ^円	946 ^円	1,892 ^円	2,838 ^円	
16	3944		要 介 護 4	987 ^{単位}	10,955 ^円	1,096 ^円	2,191 ^円	3,287 ^円	
16	3945		要 介 護 5	1,120 ^{単位}	12,432 ^円	1,244 ^円	2,487 ^円	3,730 ^円	
16	3726	6時間以上 7時間未満	要 介 護 1	715 ^{単位}	7,936 ^円	794 ^円	1,588 ^円	2,381 ^円	
16	3727		要 介 護 2	850 ^{単位}	9,435 ^円	944 ^円	1,887 ^円	2,831 ^円	
16	3728		要 介 護 3	981 ^{単位}	10,889 ^円	1,089 ^円	2,178 ^円	3,267 ^円	
16	3729		要 介 護 4	1,137 ^{単位}	12,620 ^円	1,262 ^円	2,524 ^円	3,706 ^円	
16	3730		要 介 護 5	1,290 ^{単位}	14,319 ^円	1,432 ^円	2,864 ^円	4,296 ^円	
16	5301	入浴介助加算Ⅰ(1日につき)		40 ^{単位}	444 ^円	45 ^円	89 ^円	134 ^円	
16	5608	リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ		6月以内	593 ^{単位}	6,582 ^円	659 ^円	1,316 ^円	
16	5609	リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ		6月超	273 ^{単位}	3,030 ^円	303 ^円	606 ^円	
16	5614	中重度者ケア体制加算			20 ^{単位}	222 ^円	23 ^円	45 ^円	
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 ^{単位}	1,221 ^円	123 ^円	245 ^円	
16	6099	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			22 ^{単位}	244 ^円	25 ^円	49 ^円	
16	6361	科学的介護推進体制加算		月1回	40 ^{単位}	444 ^円	45 ^円	89 ^円	
16	6110	移行支援加算			12 ^{単位}	133 ^円	14 ^円	27 ^円	
16	5626	口腔機能向上加算(Ⅱ)Ⅰ		月2回	160 ^{単位}	1,776 ^円	178 ^円	355 ^円	
16	6370	退所時共同指導加算		退所時1回	600 ^{単位}	6,660 ^円	666 ^円	1,332 ^円	
16	5612	送迎減算		片道につき	-47 ^{単位}	-521 ^円	-53 ^円	-105 ^円	
16	6107	介護職員等処遇改善加算Ⅰ 注2			総単位(基本サービス+各種加算)× サービス別加算率(8.6%)×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		2268 ^{単位}	25,174 ^円	2,518 ^円	5,035 ^円	7,553 ^円	
66	2121	支 援 2		4228 ^{単位}	46,930 ^円	4,693 ^円	9,386 ^円	14,079 ^円	
66	5010	口腔機能向上加算(Ⅱ)		160 ^{単位}	1,776 ^円	178 ^円	355 ^円	533 ^円	
66	6370	退所時共同指導加算	退所時1回	600 ^{単位}	6,660 ^円	666 ^円	1,332 ^円	1,998 ^円	
66	5005	事業所評価加算		120 ^{単位}	1,332 ^円	133 ^円	266 ^円	400 ^円	
66	6361	科学的介護推進体制加算		40 ^{単位}	444 ^円	45 ^円	89 ^円	134 ^円	
66	6098	サービス提供体制強化加算(Ⅰ Ⅰ)	支援1	88 ^{単位}	977 ^円	98 ^円	195 ^円	293 ^円	
66	6099	サービス提供体制強化加算(Ⅰ 2)	支援2	176 ^{単位}	1,954 ^円	195 ^円	391 ^円	586 ^円	
66	6100	介護職員等処遇改善加算Ⅰ 注2			総単位(基本サービス+各種加算)× サービス別加算率(8.6%)×11.1円				
区 分 内 容				負担額の目安					
		食 費		900 ^円					
		特別食		150 ^円					
		特別な食事の費用		550 ^円					
		尿取りパッド		42 ^円					
		テーブル止め		M175 ^円 /L186 ^円					
		リハビリパンツ		S165 ^円 /M186 ^円 /L206 ^円 /LL227 ^円					

【注1】1単位単価は、地域やサービスの種類により異なります。

当施設(東京都大田区)の通所サービスにおける単価は、1単位 11.1円となります。法定利用単位に 11.1円を乗じた金額が介護給付費となり、

そのうちの1割、2割もしくは3割がご利用者の負担となります。端数処理を行いますので、月での合計金額は目安の金額と多少異なります。

【注2】処遇改善加算は、上記の式から算出された金額より、それぞれ1割、2割もしくは3割がご利用者の負担となります。