

重要事項説明書

訪問リハビリテーション

医療法人財団 明理会

埼玉セントラル病院

訪問リハビリテーション事業所

1 医療法人財団 明理会 埼玉セントラル病院 訪問リハビリテーション事業所の概要

(1) 事業者の概要

| | |
|------|---------------------|
| 名 称 | 医療法人財団 明理会 |
| 代表者名 | 中村 哲也 |
| 所在地 | 埼玉県入間郡三芳町上富 2177 番地 |
| 連絡先 | 049-259-0161 (代表) |

(2) 事業所の概要

| | |
|----------|----------------------------------|
| 事業所名 | イムスグループ 埼玉セントラル病院 訪問リハビリテーション事業所 |
| 所在地 | 埼玉県入間郡三芳町上富 2177 番地 |
| 連絡先 | 049-259-0161 (代表) |
| 管理者名 | 三浦 正巳 |
| 事業所番号 | 1112402493 号 |
| サービス提供地域 | 三芳町・富士見市・ふじみ野市 (但し、他エリアについては要相談) |

※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。

(3) 営業時間

| | |
|-------|---------------------------|
| 平日 | 午前8:30 ~ 午後5:30 |
| 土曜・祝日 | 午前8:30 ~ 午後5:30 |
| 定休日 | 日曜日・年末年始 (12/30 午後~1/3 迄) |

(4) 職員体制

| | 氏 名 | 資 格 |
|-----|-----|-----|
| 管理者 | | |
| 責任者 | | |

2 当事業所の連絡窓口 (相談・苦情など)

TEL : 049-259-0161 (代)

担当部署: 埼玉セントラル病院 医事課

担当者: 医事課 責任者

受付時間: 午前8:30~午後5:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村の介護保険課でも受付けております。

※ 当事業所以外に、以下の相談・苦情窓口にご相談することもできます。

埼玉県国民健康保険団体連合会 TEL : 048-824-2568

3 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) 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。

4 利用料金および利用者負担

(1) 費用

原則として、別紙の「利用料金表」に記載されている利用料金の1割又は2割又は3割が利用者負担額になります。

なお、利用者負担金は関係法令に基づいて定められており、契約期間中に関係法令が変更になった場合は、関係法令に従って改定後の料金が適応されます。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 15 日までに請求書を送付させていただきますので、月末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、ご利用者の負担になります。

尚、サービス提供に伴い、有料駐車場を使用した場合には、その時に掛かる駐車代は全額ご利用者の負担とさせていただきます。

【介護保険給付対象外サービス】

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者の負担になります。

※当事業所運営規定により、サービス実施地域地点を超えてから交通費の実費を徴収させていただきます。詳細につきましては、別紙「利用料金表」をご確認下さい。

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記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：埼玉セントラル病院 訪問リハビリテーション担当 TEL：049-259-0161 (代))

| | |
|--------------------------------|------------------|
| 1：ご利用日当日の午前8時30分までにご連絡をいただいた場合 | 無料 |
| 2：ご利用日当日の午前8時30分までにご連絡がなかった場合 | 交通費を含む全額自費 (10割) |

3 緊急時の対応方法 (連絡体制)

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者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 | |
| 主治医・ご家族 などへの 連絡基準 | | |

【 病院概要 】

医療法人財団 明理会 埼玉セントラル病院
理事長 中村 哲也
法人設立 昭和52年
病院開設 昭和56年
院長 三浦 正巳
病床数 回復期リハビリテーション病棟49床・内科療養病棟166床・特殊疾患病棟48床
精神療養病棟96床・認知症治療病棟104床
診療科目 内科・精神科・心療内科・リハビリテーション科・人工透析内科

【 併設施設 】

介護老人保健施設 埼玉ロイヤルケアセンター

当事業所は訪問リハビリテーションサービスの提供を開始するにあたって重要事項説明書を交付し、利用者に対してその説明を行いました。

【事業者】

住 所：〒354-0045 埼玉県入間郡三芳町上富 2177 番地

事業者名：医療法人財団 明理会 埼玉セントラル病院

代表者名： 中村 哲也

【事業所】

住 所：〒354-0045 埼玉県入間郡三芳町上富 2177 番地

事業所名：医療法人財団 明理会

イムスグループ 埼玉セントラル病院 訪問リハビリテーション事業所

説明者 _____ (印)

私は、埼玉セントラル病院の訪問リハビリテーションサービスを利用するにあたり、上記説明者から重要事項説明書の交付と説明を受け、その内容に同意してサービスの提供を受けます。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ (印)

住 所 _____

家族代表者氏名 _____ (印) (続柄 _____)

家族代表者住所 _____

平成 25 年 4 月 1 日 施行
平成 26 年 4 月 1 日 改訂

平成28年10月31日 改訂
平成29年1月21日 改訂
平成29年4月1日 改訂
平成29年5月1日 改訂
平成29年6月1日 改訂
平成30年3月22日 改訂
平成30年8月1日 改訂
平成30年12月22日 改訂
令和元年5月1日 改訂
令和元年8月30日 改訂
令和2年3月1日 改訂