

# ono

おのクリニック

## 通所リハビリセンター



骨、関節、筋肉の衰えて、立ち座りや 歩くことがしんどくなっていませんか？

運動や、身体状況にあったリハビリを行い、今の元気！を維持しましょう



|    |          |      |                                      |      |          |    |
|----|----------|------|--------------------------------------|------|----------|----|
| 送迎 | バイタルチェック | 水分補給 | ストレッチ・レッドコード・有酸素運動<br>レジスタンス・パーソナル訓練 | 水分補給 | バイタルチェック | 送迎 |
|----|----------|------|--------------------------------------|------|----------|----|

午前の部 9:20  
午後の部 13:50

〔1時間40分〕

11:00  
15:30

### コグニバイク

脳の機能トレーニングや楽しいプログラムを行うことで、認知症の予防と進行防止をはかります。



〔送迎範囲〕 対象：富田中学校区、菊川中学校区

送迎は利用者宅玄関と当院間を行います。  
ご家族や介護タクシーによる送迎も可能です。  
詳しくはご相談ください。

〔利用料金〕

(1割負担額)

|           |         |        |
|-----------|---------|--------|
| 要介護1      | 329単位   | (338円) |
| 要介護2      | 368単位   | (397円) |
| ・リハマネ加算   | 330単位/月 |        |
| ・短期集中リハ加算 | 110単位/月 |        |
| ・送迎減算     | 47単位/片道 |        |

|         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 要支援1    | 1712単位  | (1763円) |
| 要支援2    | 3615単位  | (3723円) |
| ・リハマネ加算 | 330単位/月 |         |

おのクリニック通所リハビリセンター  
TEL 0834-61-2300

〒746-0018 周南市大神3丁目12-1  
FAX 0834-61-2400

## 通所リハビリテーション申込用紙

|   |            |     |      |       |   |     |      |
|---|------------|-----|------|-------|---|-----|------|
| 利用者氏名   |            | 男・女 | 生年月日 | M T S | 年 | 月   | 日    |
|   |            |     |      |       |   |     | ( 歳) |
| 現住所   | 周南市        |     |      |       |   |     |      |
|   | Tel0835- - |     |      |       |   |     |      |
| 緊急<br>連絡先<br>①  | 氏名         |     |      |       |   | 続柄  |      |
|   | 住所         |     |      |       |   |     |      |
|   | 電話         |     |      | 携帯電話  |   |     |      |
| 緊急<br>連絡先<br>②  | 氏名         |     |      |       |   | 続柄  |      |
|   | 住所         |     |      |       |   |     |      |
|   | 電話         |     |      | 携帯電話  |   |     |      |
| 利用日   |            |     |      |       |   |     |      |
| 家族構成(同居のみ)  |            |     |      |       |   |     |      |
|   | 氏名         | 年齢  | 続柄   | 勤務先   |   |     |      |
|   |            |     |      |       |   |     |      |
|   |            |     |      |       |   |     |      |
|   |            |     |      |       |   |     |      |
|   |            |     |      |       |   |     |      |
|   |            |     |      |       |   |     |      |
| 主治医   | (医療機関名称)   |     |      |       |   | TEL |      |
| 居宅支援事業者   | 担当ケアマネ     |     |      |       |   | TEL |      |
| 特記事項  |            |     |      |       |   |     |      |
| <p>■注意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 運動しやすい靴と靴下を履いてきて下さい</li> <li>・ 食べ物の持ち込みは禁止です。</li> <li>・ 貴重品(現金等)は持ってこないでください。</li> <li>・ 持ち物(タオルや着替え)には必ず名前を記入してください。</li> <li>・ 月の初めは保険証を持参してください。</li> </ul> |            |     |      |       |   |     |      |

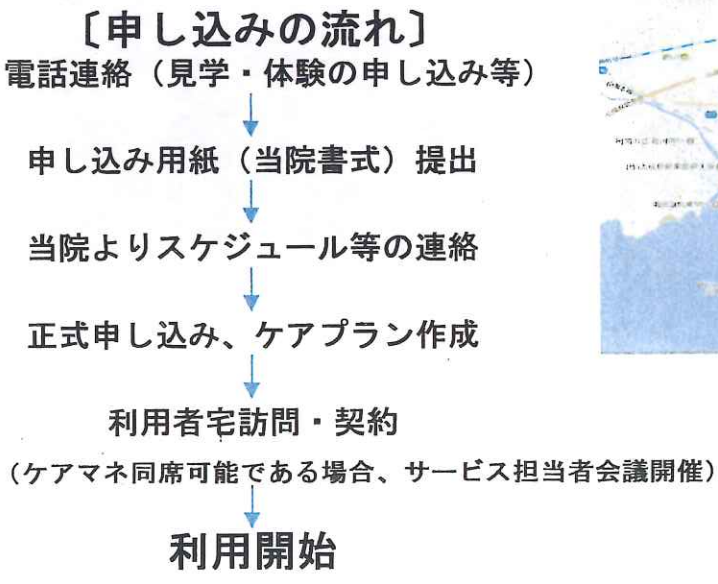
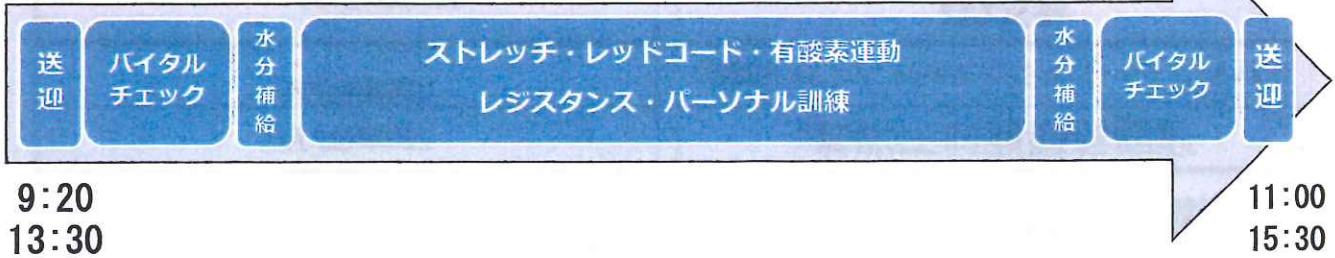
おのクリニック通所リハビリセンター

**ono**  
**おのクリニック**  
**通所リハビリセンター**



心身機能・日常生活動作の維持・向

自主的・積極的にトレーニングしたい



送迎は利用者宅玄関と当院間を行います。  
 ご家族や介護タクシーによる送迎も可能です  
 詳しくはご相談ください。

おのクリニック  
 〒776-0019 島根県大森町目黒12-1  
 ☎0854-61-2300    ☎0854-61-2400

# ■おのクリニック通所リハビリセンター

## 1. 介護給付に係る費用

|         |                     |            |         |
|---------|---------------------|------------|---------|
| 基本料金    | 提供時間                |            | 1~2時間   |
|         | 要介護度                | 要介護1       | 329単位   |
|         |                     | 要介護2       | 368単位   |
|         |                     | 要介護3       | 388単位   |
|         |                     | 要介護4       | 417単位   |
|         |                     | 要介護5       | 448単位   |
| 加算・減算料金 | リハビリテーションマネジメント加算 I |            | 330単位/月 |
|         | 短期集中リハビリテーション加算     | 退院(所)3ヶ月以内 | 110単位/日 |
|         | 送迎減算                |            | 47単位/片道 |

## 2. 予防給付に係る費用

|      |                   |          |
|------|-------------------|----------|
| 基本料金 | 要支援1              | 1712単位/月 |
|      | 要支援2              | 3615単位/月 |
| 加算料金 | リハビリテーションマネジメント加算 | 330単位/月  |
|      | 運動器機能向上加算         | 225単位/月  |

