

## ご利用の流れ

### 相談 見学

施設見学（**要予約**）やご相談を受け付けております。お電話で日程調整させていただきます。

### 書類 提出

指定の「利用申込書」に記入し、かかりつけ医より「診療情報提供書」を依頼のうえ、ご提出ください。

### 受付 判定

提出された書類をもとにご検討させていただき、日程調整させていただきます。

### 利用 契約

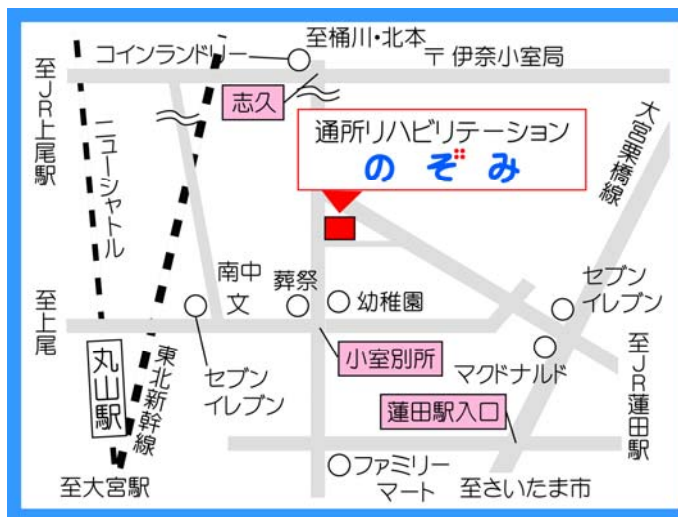
重要事項等をご説明し、問題なければ契約となります。ご利用開始日等をお知らせします。

### 利用 開始

医師の指示をもとに運動機能等の評価後、通所リハビリテーション実施計画書を作成し、利用開始します。

ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

## 交通アクセス



## お問い合わせ

医療法人のぞみ会

通所リハビリテーション **のぞみ**

〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室 3170 4F

TEL 048-720-7785

FAX 048-720-7786

HP <http://www.nozomi.or.jp/>



医療法人のぞみ会

通所リハビリテーション **のぞみ**

半日サービス  
2時間以上3時間未満コース



## サービス

### ●営業日・営業時間

|                  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|
| 午前<br>9:00～11:30 | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 午後<br>1:30～ 3:30 | ● | ● | ● | ● | ● |   |

※ 言語療法は、月～金曜日のみ

### ●休業日

日曜日、国民の休日  
お盆（8/13～8/15）  
年末年始（12/29～1/3）

### ●サービスの特徴

当施設は、のぞみリハビリテーション病院（回復期リハビリテーション専門病院）に併設された通所リハビリテーション事業所です。

理学療法士による運動機能向上だけでなく、ご希望に応じて言語聴覚士による言語療法を実施しております。

それぞれ個別に実施し、よりよい在宅生活を長く継続できるよう私たちがお手伝いします。

昼食・入浴等のサービスの必要はなく、退院後もう少しリハビリを継続したい方などを対象とした短時間型の通所リハビリテーションです。

### ●サービス内容

#### ▶利用開始

##### ○体調確認

- ・体温、血圧測定
- ・体重測定
- ・生活状況確認

##### ○個別・集団での活動メニュー

- ・定期的な運動機能評価
- ・運動機能向上プログラム
- ・自主トレーニング



##### ○言語療法（必要に応じて午後のみ）

- ・言語機能評価（失語症・構音障害）
- ・口の体操や発声訓練
- ・コミュニケーション（会話）訓練



##### ○口腔機能向上への関わり

#### ▶利用終了

### ●対象者

#### 要介護Ⅰ～Ⅴの方

なお、心身の状態について個別に対応いたしますのでご相談ください。

### ●サービスの利用料金

（1回利用時の1割負担の場合）

| 要介護区分 | 単 価   |
|-------|-------|
| 要介護 1 | 396 円 |
| 要介護 2 | 454 円 |
| 要介護 3 | 515 円 |
| 要介護 4 | 574 円 |
| 要介護 5 | 633 円 |

|                   |      |                  |
|-------------------|------|------------------|
| リハビリテーション料<br>加算Ⅰ | 6月以内 | 579円/月           |
|                   | 6月超  | 248円/月           |
| 短期集中個別リハビリテーション加算 |      | 114円/回           |
| 理学療法士等体制強化加算      |      | 31円/月            |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）   |      | 23円/回            |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）       |      | ※166円/回          |
| 送迎減算（片道）          |      | －49円/回           |
| 科学的介護推進体制加算       |      | 42円/月            |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ      |      | 上記合計単位数<br>×5.3% |

当該地域区分：6級地（1単位 10.33円換算）

※ 口腔機能向上加算は月2回までです。

○ 所得に応じて自己負担額が変わります。

○ 家庭訪問の実施をお願いします。

○ 料金は目安です。

その他、お茶代・オムツ代などご利用に応じた規定の料金をいただきます。

施設見学はあなたのご都合にあわせませす。いつでも、お問い合わせください。