

# 居宅療養管理指導 重要事項説明書

## 1 居宅療養管理指導事業者(法人)の概要

|         |                                         |
|---------|-----------------------------------------|
| 名 称     | 医療法人慈厚会 野上病院                            |
| 代 表 者 名 | 理事長 野上 厚                                |
| 所在地・連絡先 | (住所) 茨城県土浦市東崎町6-8<br>(電話) (029)822-0145 |

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

|             |                                          |
|-------------|------------------------------------------|
| 事業所名        | 野 上 病 院                                  |
| 所在地・連絡先     | (住 所) 茨城県土浦市東崎町6-8<br>(電 話) 029-822-0145 |
| 介護保険指定事業所番号 | 0810311779                               |
| 管理者の氏名      | 野 上 厚                                    |

### (2) 事業所の職員体制

|        |       |
|--------|-------|
| 従業者の職種 | 人 員 数 |
| 管理者    | 野 上 厚 |
| 医 師    | 3 名   |

### (3) 診療日

|        |              |
|--------|--------------|
| 営業日    | 勤務体制         |
| 平日     | 8:30 ~ 17:30 |
| 営業しない日 | 日曜・祝祭日 午後のみ  |

## 3 サービスの内容と費用

### (1) サービスの内容

| 居宅療養管理指導の種類         | 内 容                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 医師が行う<br>居宅療養管理指導 | <p>担当医師が、通院困難な利用者に対し、その居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護事業所に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。</p> <p>また、利用者もしくはその家族などに対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法等について、指導及び助言を行います。</p> <p>※ 事業者への序不応提供については、個人情報ですので、利用者の同意を得て行います。</p> |

### (2) 費 用

#### 利用料

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割又は、2割が利用者の負担額となります。

#### 4 サービス内容に関する苦情等相談窓口

|         |                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------|
| お客様相談窓口 | 窓口担当者 訪問診療課<br>対応時間 8:30 ~ 18:00<br>連絡先番号 (029)822-0145 |
|---------|---------------------------------------------------------|

#### 5 対象者様・家族様へのお願い

介護保険被保険者証の記載に変更等が出た場合、必ず提示、連絡、報告して下さい。