

## 介護予防居宅療養管理指導及び居宅療養管理指導説明文章

- ① 当院は、〇〇〇知事指定の介護予防居宅療養管理指導及び居宅療養管理指導（以下、「居宅療養管理指導等」という）実施施設です。（事業所番号：〇〇〇〇〇） 医療コード：〇〇〇〇〇）
- ② 居宅療養管理指導等の目的  
管理栄養士が行う居宅療養管理指導等は、居宅を訪問して厚生労働大臣が定める特別食につき医師の指示せんに基づいて実技指導等を行います。
- ③ 実施時間  
管理栄養士が行う居宅療養管理指導等（例：月～土の午前9時～午後6時00分）
- ④ 利用料等  
＜介護保険の利用料＞  
管理栄養士による居宅療養管理指導等
- |            |            |              |
|------------|------------|--------------|
| ・同一建物居住者以外 | 1割負担： 533円 | 2割負担： 1,066円 |
| ・同一建物居住者   | 1割負担： 452円 | 2割負担： 904円   |
- ＜その他の費用＞
- ・居宅療養管理指導等を実施した場合の交通費は、実費をいただきます。または、いただきません。
- ⑤ 秘密保持
- ・居宅療養管理指導等を実施するにあたって知り得た秘密は漏らしません。
  - ・ただし、ケアプラン作成の為に患者さんの情報を居宅介護支援事業者に提供する必要があります。この情報については、患者さん又は家族の了解のもとで、居宅介護支援事業者に提供します。
- ⑥ 相談・苦情処理  
居宅療養管理指導等に関する相談や苦情があれば、いつでも担当者にご相談下さい。

〇〇診療所・担当者〇〇〇〇  
電話：〇〇-〇〇〇〇

＜事業者＞

所在地：

名 称：医療法人〇〇 〇〇診療所

説明者：〇〇 〇〇 \_\_\_\_\_

印  
印

◎貴事業所よりサービス内容に対する説明を受け、上記サービスの提供に同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名： \_\_\_\_\_ 印

住 所： \_\_\_\_\_

代理人氏名： \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

※参考書式はHPにてダウンロードできます  
<http://www.teameiyo.com/report/download.html>