

明るい笑顔を咲かせたい 介護保険請求ソフト

訪問リハビリシステム

ラベンダー 帳票見本



使い方はだれでもわかるくらいにカンタンに。

商品ラインナップは色とりどりに。

「Flowers NEXT」はみなさんが安心して使える「クレヨン」のような介護保険請求ソフトです。



conduct

目次

■ 基本情報

・管理設定	1
・個人台帳(基本)	2
・個人台帳(確認情報)	3
・介護保険証情報	5
・お知らせ一覧	6
・利用者一覧	7

■ 指示書/報告書

・訪問リハビリテーション指示書	8
・訪問リハビリテーション計画書	9
・訪問リハビリテーション報告書	10

■ リハビリ計画書

・興味・関心チェックシート	11
・リハビリ計画書	12
・リハビリ会議録	14
・プロセス管理票	15
・(旧)リハビリテーション実施計画書(1)(2)	16
・(旧)リハビリテーション計画書(アセスメン)	18
・(旧)リハビリテーション計画書	20

■ 予定実績

・実績報告書	22
・介護記録	24
・介護内容一覧	25
・個人別バイタルサイングラフ	26
・個人別バイタルサイン推移グラフ	27

■ レセプト

・居宅サービス・地域密着型サービス 介護給付費明細書	29
・介護予防サービス・地域密着型介護予 サービス介護給付費明細書	30
・介護給付費請求書	31
・レセプト一覧表	32
・請求確認表	33

■ 利用料請求

・利用料金請求領収書	34
・利用料請求書一覧表	44
・利用料請求書累計表	45
・全銀協提出結果一覧	46
・全銀協変換結果一覧	47
・入金一覧表	48
・請求入金一覧表	49
・未収金残高一覧表	50
・居宅サービス利用料領収証	51

■ リスト

・利用者名簿	52
・新利用者リスト	53
・利用者リスト	54
・利用終了者リスト	55
・居宅サービス開始・中止リスト	56
・申請中利用者リスト	57
・地区別利用者リスト	58
・利用者別金融機関リスト	59

目次

・居宅介護支援事業所リスト	60
・利用者別利用状況リスト	61
・利用者別月間予定実績状況表	62
・宛名シール(利用者)	63
・日報	64
・公費負担者別リスト	65
・保険者別リスト	66
・介護給付費内訳状況推移表	67
・サービス内容別要介護度別状況表	68

事業所	略称	ラベンダー訪問リハビリセンター			事業区分	指定事業所
	事業所名	ラベンダー訪問リハビリセンター			事業所コード	00000000006
	施設設置主体					
	施設管理者名					
	県番号	17: 石川県	市町村設定コード	00000000002	職種	
	都道府県名	石川県	郵便番号	1235678		
	市区町村名	金沢市	電話番号			
	町名番地	コンダクト町▲▲番地	割引率	0 %		
	地域区分	3 級地				
	ネットワークID	00000000	利用者番号初期値	00000000001	内部番号	下限値 : 00000000001 上限値 : 99999999999
レセプト記載事業所	事業所名称	ラベンダー訪問リハビリセンター				
	県番号	17: 石川県	市区町村設定コード	00000000002		
	都道府県名	石川県	郵便番号	1235678		
	市区町村名	金沢市	電話番号			
	町名番地	コンダクト町▲▲番地				
介護給付費算定に係る体制等状況： 訪問リハビリテーション						
施設区分	病院又は診療所		人員配置区分			
加算体制	サービス提供体制強化加算		あり	リハビリテーションマネジメント加算	加算 I	
介護給付費算定に係る体制等状況： 介護予防訪問リハビリテーション						
施設区分	病院又は診療所		人員配置区分			
加算体制	サービス提供体制強化加算		あり	リハビリテーションマネジメント加算	あり	

■個人台帳(基本)

利用者番号 0000000001

ヨミ	カゴ 知					
氏名	介護 太郎					
性別	男	血液型	A型	生年月日	昭和16年 9月 2日 (75 歳)	
住所	〒921-8151 石川県金沢市本町1丁目423番地				職業	無職
	電話番号1	076-242-4501	電話番号2		FAX1	076-246-0000
他住所	〒					
旧住所	〒921-8161 石川県金沢市高尾台1-4231 (Tel)					

<家族・連絡者>

連絡者		同居 別居	氏名	介護 きくゑ (女) 80歳	続柄	妻
1	請求関係	なし		介護担当区分	主介護者	
	住所		〒921-8151 石川県金沢市本町1丁目423番地			
	備考		電話番号 1	076-242-4501	電話番号 2	FAX
						076-246-0000
連絡者		同居 別居	氏名	介護 美津子 (女) 51歳	続柄	長男の嫁
2	請求関係	なし		介護担当区分	介護協力者	
	住所		〒921-8151 石川県金沢市高尾台1-423			
	備考		電話番号 1	076-242-4500	電話番号 2	FAX
連絡者		同居 別居	氏名	介護 夢三郎 (男) 58歳	続柄	長男
3	請求関係			介護担当区分	キーパーソン	
	住所		〒921-8151 石川県金沢市本町1丁目423番地			
	備考		電話番号 1	076-242-2501	電話番号 2	FAX
						076-246-0000
4	氏名				続柄	
					職業	
5	氏名				続柄	
					職業	
6	氏名				続柄	
					職業	
7	氏名				続柄	
					職業	

<障害者手帳>

障害者手帳名	石川県 種 級 号
交付年月日	

<備考>

全国左官タイル塗装国民健康保険組合

■個人台帳（確認情報）

平成28年10月28日
PAGE : 1/2

利用者番号:00000000001 利用者名:介護 太郎

< 事業所契約履歴 >

期 間	内 容
H21/ 4/ 1~	
1	

< 利用者契約額履歴 >

期 間	内 容
H28/ 4/ 1~	《食費》
1	[1日単価] 300円 [朝食] 0円 [昼食] 0円 [夕食] 0円

< 居室レボト履歴 >

期 間	内 容
H21/ 4/ 1~	[中止理由]
1	

< 介護保険証 >

期 間	内 容
H27/ 2/ 1~	[申請中・生保単独] [居室・施設区分] 居室 [要介護度] 要介護2
H29/ 3/31	[被保険者番号] 21111111111 [保険者番号] 00172015 [保険者名] 金沢市
H26/11/11~	[申請中・生保単独] [居室・施設区分] 居室 [要介護度] 要介護2
H27/ 1/31	[被保険者番号] 0443431315 [保険者番号] 00172015 [保険者名] 金沢市
H25/ 5/ 7~	[申請中・生保単独] [居室・施設区分] 居室 [要介護度] 要介護1
H26/11/10	[被保険者番号] 0443431315 [保険者番号] 00172015 [保険者名] 金沢市

< 居室支援事業所 >

期 間	内 容
H25/ 5/ 7~	《居室介護支援事業所》 [届出年月日] [事業所番号] 5252525252 [事業所名] 居室介護支援事業所コンダクト
H21/ 4/ 1~	《地域包括支援センター》
H25/ 5/ 6	[届出年月日] [事業所番号] 1372000909 [事業所名] 地域センター それいけ [事業所住所] [事業所TEL] [担当介護支援専門員番号] 《委託先事業所1》 [開始年月日] 平成25年 4月 1日 [終了年月日] 平成25年 5月 6日 [事業所番号] 5252525252 [事業所名] 居室介護支援事業所コンダクト
2	

< 負担割合証 >

期 間	内 容
H28/ 8~	[負担割合] 1割
H29/ 7	
1	

■個人台帳（確認情報）

平成28年10月28日
PAGE : 2/2

利用者番号:00000000001

利用者名:介護 太郎

< 公費受給者証 >

	期 間	内 容
1	H28/ 1/ 1~ H28/ 1/31	[受給者番号] 1211111 [負担者番号] 12222222 [法別] 12:生保(定率: 0%)
2	H27/12/ 3~ H27/12/31	[受給者番号] 1211111 [負担者番号] 12333333 [法別] 12:生保(定率: 0%)
3	H27/11/ 1~ H27/11/30	[受給者番号] 1211111 [負担者番号] 12444444 [法別] 12:生保(定率: 0%)

■介護保険証情報

No. 1 利用者番号: 0000000001

氏名: 介護 太郎

平成28年10月28日

PAGE: 1

有効期限		訪問通所サービス (13年以前有効)	区分支給限度基準額	給付制限	給付額の減額 70%	
交付年月日	平成27年 2月 1日		H27/ 2/ 1 ~ H29/ 3/31		H27/ 5/ 1 ~ H27/ 5/31	
被保険者番号	2111111111	短期入所サービス (13年以前有効)	区分支給限度基準額	居宅介護支援事業所 ／ 地域包括支援センター	名称	居宅介護支援事業所コンダクト
保険者名	金沢市					事業所No.
保険者番号	00172015				届出日付	
要介護区分	要介護2	認定審査会の 意見及びサービス 種類の 指定			期間	H25/ 5/ 7 ~
居宅・施設	居宅					名称
申請中・生保					事業所No.	
認定年月日	平成27年 2月 1日				届出日付	
認定有効期間	H27/ 2/ 1 ~ H29/ 3/31			期間		
居宅サービス等 (14年以降有効)	区分支給限度基準額(1ヶ月当たり)			名称		
	H27/ 2/ 1 ~ H29/ 3/31 ① 19616単位 ② ③			事業所No.		
種類 支給 限度 基準 額	①	サービスの種 類の指定		届出日付		
	②			期間		
	③			名称		
				事業所No.		
				届出日付		
				期間		

お知らせ一覧

印刷：平成28年11月 1日 19:24

■介護保険証 有効期限切れ

該当件数： 5件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000015	たんぽぽ 正子	介護保険証の有効期限が切れています。【10月31日】	要介護度：要介護3 認定有効期間：平成27年 8月16日～平成28年10月31日
0000000095	堀口 さとゑ	介護保険証の有効期限が切れています。【10月31日】	要介護度：要介護1 認定有効期間：平成26年 6月11日～平成28年10月31日
0000000014	太陽 うらら	介護保険証の有効期限が今月切れます。【11月30日】	要介護度：要介護3 認定有効期間：平成25年11月 1日～平成28年11月30日
0000000016	金沢 太郎	介護保険証の有効期限が今月切れます。【11月30日】	要介護度：要介護4 認定有効期間：平成27年11月16日～平成28年11月30日
0000000062	平山 竹子	介護保険証の有効期限が今月切れます。【11月30日】	要介護度：要介護3 認定有効期間：平成23年 4月 1日～平成28年11月30日

■お誕生日

該当件数： 15件

利用者番号	氏名	お知らせ	備考
0000000080	金沢 雄太	本日、誕生日です。【11月1日】	生年月日：昭和11年11月 1日 本日80歳になりました。
0000000033	長居 初子	今月誕生日を迎えます。【11月3日】	生年月日：昭和20年11月 3日 まもなく71歳になります。
0000000111	如月 はづき	今月誕生日を迎えます。【11月15日】	生年月日：昭和13年11月15日 まもなく78歳になります。
0000000122	ゆり 友利子	今月誕生日を迎えます。【11月17日】	生年月日：昭和 8年11月17日 まもなく83歳になります。
0000000064	田畑 わか	今月誕生日を迎えます。【11月22日】	生年月日：昭和 2年11月22日 まもなく89歳になります。
0000000029	さくら 愛子	来月誕生日を迎えます。【12月5日】	生年月日：昭和18年12月 5日 まもなく73歳になります。
0000000048	花岡 てる	来月誕生日を迎えます。【12月5日】	生年月日：昭和12年12月 5日 まもなく79歳になります。
0000000109	松田 英世志	来月誕生日を迎えます。【12月12日】	生年月日：昭和12年12月12日 まもなく79歳になります。
0000000006	刈部 照子	来月誕生日を迎えます。【12月14日】	生年月日：昭和13年12月14日 まもなく78歳になります。
0000000039	岩井 須恵代	来月誕生日を迎えます。【12月15日】	生年月日：大正15年12月15日 まもなく90歳になります。
0000000041	加瀬 竹子	来月誕生日を迎えます。【12月15日】	生年月日：昭和18年12月15日 まもなく73歳になります。
0000000115	三木 須美	来月誕生日を迎えます。【12月15日】	生年月日：昭和 8年12月15日 まもなく83歳になります。
0000000010	清水 里恵	来月誕生日を迎えます。【12月20日】	生年月日：昭和12年12月20日 まもなく79歳になります。
0000000120	山村 幸子	来月誕生日を迎えます。【12月27日】	生年月日：昭和16年12月27日 まもなく75歳になります。
0000000053	伊藤 隆	来月誕生日を迎えます。【12月31日】	生年月日：大正 8年12月31日 まもなく97歳になります。

利用者一覧

印刷：平成28年10月17日 15:59

検索条件

・ヨミガナ区分：全行 ・利用区分：全登録者 ・基準日区分：今日
 ・基準日：平成28年10月17日 現在 ・システム利用：利用している ・並び順：ヨミガナ

該当件数： 29件

利用者番号	ヨミガナ	氏名	性別	要介護度	お知らせ
0000000004	アサガオ ヒデオ	あさがお 秀雄	男	要介護3	サービス計画書の短期目標期間が終了していま す。【9月30日】
0000000009	アジサイ ヨシオ	あじさい 良夫	男	要介護3	
0000000008	アヤマ フミコ	あやめ 文子	女	要介護2	
0000000005	イチヨウ カズオ	いちよう 一男	男	要介護2	
0000000023	キク マサシ	きく 正史	男		
0000000018	クロハバ - ジュン コ	くろーばー 順 子	女	要支援2	
0000000003	コスモス イチロウ	こすもす 一郎	男	要介護3	介護保険証の有効期限が今月切れます。【10 月30日】
0000000020	サクラ アイコ	さくら 愛子	女	要支援2	
0000000013	スイートビ - サチオ	すいーとびー 幸男	男		
0000000012	スイセン サチコ	すいせん 幸子	女	要介護1	
0000000011	スズラン ジロウ	すずらん 次郎	男		
0000000002	スミレ ハナコ	すみれ 花子	女	要介護3	
0000000031	タクシ - イチロウ	たくしー 一郎	男		
0000000032	タンホホ スミヨ	たんほほ 純代	女	要介護2	
0000000006	タンホホ マサコ	たんほほ 正子	女	要介護3	
0000000015	ツクシ ショウイチ	つくし 昭一	男		
0000000021	ツバキ サブロウ	つばき 三郎	男	要支援1	
0000000051	テースト ハナコ	テースト 花子	女		
0000000052	ナツメ ミヨ	なつめ みよ	女	要介護3	介護保険証の有効期限が来月切れます。【11 月15日】
0000000007	ナハナ マチオ	なのはな 正夫	男	要介護5	
0000000025	バラ ヒデキ	ばら 英樹	男	要介護1	
0000000010	ハンジ - ヨシオ	ばんじー 義男	男	要介護3	
0000000001	ヒマワリ タロウ	ひまわり 太郎	男	要介護3	
0000000033	フリージア ショウリ ウ	ふりーじあ 正 三	男	要介護5	
0000000024	ボタン アサコ	ぼたん 明子	女	要介護3	
0000000029	ミドリ タロウ	みどり 太郎	男	要介護1	
0000000016	モジヒロ	もみじ 弘子	女	要介護2	
0000000022	ユリ キミコ	ゆり 君子	女	要介護2	
0000000014	ラベンダー ミツコ	らべんだー 光 子	女	要介護3	

訪問リハビリテーション指示書

患者氏名	らべんだー 光子	生年月日	大正 9年 1月31日生 (87歳)
患者住所	東京都港区〇〇	電話番号	03-3459-1112
主たる傷病名	心房細動、脳幹小脳梗塞		
現在の状況	病状・療態	食事内容について、塩分制限の必要あり。	
	投与中の薬剤の用法・用量	1. ドグマチール 2. メイラックス 3. 4. 5. 6.	
	日常生活自立度	Ⅰ Ⅰ Ⅱ Ⅱ	
	要介護認定の状況	要介護 3	
	留意事項及び指示事項		

I 療養生活指導上の留意事項 興奮させることのないように、穏やかに接する

II リハビリテーション 基本姿勢・動作へのリハビリ。歩行・移動のリハビリ。

緊急時の連絡先 不在時の対応法	
特記すべき留意事項	特になし

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

平成18年12月 6日

医療機関名 コスモス病院
住所 東京都港区〇〇5000

電話 03-2222-8888
FAX 03-2222-8989
医師氏名 田中 正子

訪問リハビリテーション計画書

患者氏名	らべんだー 光子	生年月日	大正 9年 1月31日生 (87歳)
住 所	東京都港区〇〇		
要介護認定の状況	要介護 3		
リハビリテーションの目標	日常生活に支障がない程度までリハビリによって機能を回復する		
年月日	問題点	解決策	
06/12/6	リハビリを本人が嫌がる	説得してリハビリをやる気にさせる	
備 考	特になし		

上記の計画に基づき訪問リハビリテーションを実施いたします。

平成18年12月 6日

田中 正子様

名 称
 住 所
 電話番号
 管理者氏名
 担当者氏名
 介 護 花子

訪問リハビリテーション報告書

患者氏名	らべんだー 光子	生年月日	大正 9年 1月31日生 (87歳)																																			
住 所	東京都港区〇〇																																					
要介護認定の状況	要介護 3																																					
訪問日	平成18年12月 <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																
8	9	10	11	12	13	14																																
15	16	17	18	19	20	21																																
22	23	24	25	26	27	28																																
29	30	31																																				
利用者の状態	以前よりあった下半身の麻痺が12月に入り進行しており、ドクターの往診が必要。																																					
リハビリの経過	順調に機能は回復している。																																					
リハビリの内容	基本姿勢・動作へのリハビリ。歩行・移動のリハビリ。																																					
来月の目標	さらにリハビリを続け、日常生活に支障の無い程度まで機能を回復させる。																																					
特記すべき事項	特になし																																					

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施について報告いたします。

平成18年12月 6日

田中 正子様

名 称
 住 所
 電話番号
 管理者氏名
 担当者氏名
 介 護 花子

興味・関心チェックシート

利用者氏名：介護 太郎

様

記入日：平成28年 9月 1日

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	<input type="radio"/>			生涯学習・歴史			興味がある
一人でお風呂に入る	<input type="radio"/>			読書			
自分で服を着る	<input type="radio"/>			俳句			<input type="radio"/>
自分で食べる	<input type="radio"/>			書道・習字			<input type="radio"/>
歯磨きをする	<input type="radio"/>			絵を描く・絵手紙			<input type="radio"/>
身だしなみを整える	<input type="radio"/>			パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			<input type="radio"/>
料理を作る	<input type="radio"/>			お茶・お花	<input type="radio"/>		
買い物	<input type="radio"/>			歌を歌う・カラオケ	<input type="radio"/>		
家や庭の手入れ・世話			<input type="radio"/>	音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たため				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等		<input type="radio"/>	
自転車・車の運転		<input type="radio"/>		体操・運動	<input type="radio"/>		
電車・バスでの外出			<input type="radio"/>	散歩		<input type="radio"/>	
孫・子供の世話		<input type="radio"/>		ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話			<input type="radio"/>	ダンス・踊り			<input type="radio"/>
友達とおしゃべり・遊ぶ	<input type="radio"/>			野球・相撲等観戦	<input type="radio"/>		
家族・親戚との団らん	<input type="radio"/>			競馬・競輪・競艇・パチンコ			<input type="radio"/>
デート・異性との交流			<input type="radio"/>	編み物			
居酒屋に行く			<input type="radio"/>	針仕事			
ボランティア				畑仕事		<input type="radio"/>	
地域活動 (町内会・老人クラブ)		<input type="radio"/>		賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動	<input type="radio"/>			旅行・温泉			<input type="radio"/>

氏名：あやめ太郎

様

性別：男・女

生年月日：昭和5年2月7日(88歳) 要介護度：要介護3

リハビリテーション担当医 リハビリ先 担当 リハビリ太郎 (PT OT ST 看護職員 □その他従事者())

■本人の希望(したい又はできるようになりたい生活の希望等)
階段の登り降りを、1人で出来るようになりたい。

■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)
階段の登り降りやお風呂など、1人で出来るとう望ましい。

■健康状態、経過

発症日・受傷日：平成30年4月1日 直近の入院日：平成30年4月1日 直近の退院日：平成30年4月14日

原因疾病：骨折

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等)：

順調に良くなってきてはいるが、股関節が固くなってしまっており、階段の昇り降りをする際痛みが生じる。

合併疾患：コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)：

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等)：

マッサージ、柔軟体操 30分ずつを週3回。

目標設定等支援・管理シート：□あり なし 日常生活自立度：(J) U2, A1, A2, B1, B2, C1, C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：I, II a, II b, III a, III b, IV, M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
感覚機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
関節可動域制限	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
摂食嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
失語症・構音障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
見当識障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
記憶障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
その他の高次脳機能障害()	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
栄養障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
精神行動障害(BPSD)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■環境因子(※課題ありの場合) 現状と将来の見込みについて記載する)

項目	課題	状況
家族	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 器具 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 妻、息子	調整 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
福祉用具等	<input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	調整 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅：居住階(階) <input checked="" type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベータ <input checked="" type="checkbox"/> 手すり(設置場所：階段 食卓(□座卓 □テーブル・いす) トイレ(□洋式 □和式 □ポータブルトイレ)	調整 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整 調整 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整 □改修中 □未調整
自宅周辺		
社会参加		
交通機関の利用	□有 () □無 ()	
サービスの利用		
その他		

■リハビリテーションの目標

関節可動域を広げ、日常生活に問題がなくなるようにする。

(短期(今後3ヶ月間))

階段の昇り降りの介助状況を改善する。

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)
マッサージに痛みが伴うため、無理はしない。温めながら行う。利用者・ご家族への説明：平成 年 月 日
本人のサイン： 家族サイン：

説明者サイン：

■リハビリテーション終了の目安・時期

項目	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
立ち上がり	いすから <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 床から <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化 □改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
立位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
6分間歩行試験	200 m	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
Timed Up & Go Test	30 秒	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
MNSE	10 点	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
HDS-R	10 点	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
コミュニケーションの状況	問題無し	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	(10)	5	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
イスとベッド間の移乗	(15)	10 ← 監視下	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
整容	(5)	座れるが移れない→5	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
トイレ動作	10	(5)	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
入浴	5	(0)	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
平地歩行	(15)	車椅子操作が可能→5	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
階段昇降	10	(5)	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
更衣	10	(5)	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
排便コントロール	(10)	5	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
排尿コントロール	(10)	5	0	□改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 □悪化
合計点		80		

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容	余暇活動(内容および頻度)	社会地域活動(内容および頻度)	リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組
	散歩を毎日		

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

マッサージ、柔軟体操を定期的に行い、関節可動域を広げる。

特記事項：

氏名： あやめ太郎

様 性別： 男・女

生年月日： 昭和5年2月7日 (88歳) 要介護度： 要介護3

■居宅サービス計画の総合的援助の方針

■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■他の利用サービス

(地域密着型)通所介護(週 回) 訪問介護(週 回) 訪問リハ・通所リハ(週 回) 訪問看護(週 回) その他()

■活動 (IADL)

アセスメント項目	前回数	回数	現状	将来の見込み(※)	評価内容の記載方法
食事の用意	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
食事の片付け	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
洗濯	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
掃除や整頓	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
買物	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
外出	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
屋外歩行	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
趣味	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
交通手段の利用	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
旅行	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
庭仕事	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
家や車の手入れ	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
読書	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
仕事	1	1	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	0:していない 1:まれにしている 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
合計点数	15	15		※「相手の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する	

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■活動と参加において重要性の高い課題

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)

■リハビリテーションセッションサービス

訪問・通所頻度(週 3 回) 利用時間() 送迎なし

具体的支援内容(何を目的に(〜のために)〜をする)

股関節の痛み緩和 平成30年11月30日 温めながらのマッサージ

01 平成31年2月28日

週合計時間

■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

利用者	開始～1時間	1時間～2時間	2時間～3時間	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間～8時間	8時間～
看護職員									
介護職員									
理学療法士									
作業療法士									
言語聴覚士									
その他									
必要なケアと その方法									

訪問介護の担当者	共有すべき事項	訪問看護の担当者	共有すべき事項	その他、共有すべき事項 ()

※下記の☑の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 (地域密着型)通所介護 ()

■社会参加支援評価

☑訪問日(平成30年5月1日) ☑居宅サービス計画(訪問しない理由)

☑サービス等利用あり → (介護予防) (地域密着型、認知症対応型)通所介護(週 回) (介護予防)通所型サービス(週 回) (介護予防)小規模多機能型居宅介護(週 回) (介護予防)小規模多機能型居宅介護(週 回) 地域活動へ参加 () 家族で役割あり 就労

■現在の生活状況

現在の生活状況の記入欄

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者名 介護 太郎 様

作成年月日 平成28年10月 1日

開催日 平成28年10月 1日

開催場所 介護センター〇〇〇

開催時間 13:00 ~ 16:00

開催回数 1 回目

会議出席者	所属（職種） / 氏名	所属（職種） / 氏名	所属（職種） / 氏名
	介護支援専門員 / ケアマネ 花子	医師 / 新谷 幸雄	
	理学療法士 / 理学 太陽	介護士 / 介護 肇	
	介護職員 / 田中 晴樹		
リハビリテーションの支援方針	<ul style="list-style-type: none"> ・生きがいを見出せない状態なので、1日1日生活を楽しめるように支援する。 ・転倒によるトラブルを防止しつつ、リハビリテーションを繰り返すことで外出の支援を行う。 		
リハビリテーションの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・デイケアを2回/週、訪問介護は5回/週、デイサービスを1回/週を11月~実施することになった。 ・福祉用具は手摺りをレンタルしていたが、車椅子・ベッド・歩行器のレンタル利用も開始する。 		
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項	リハビリテーション実施計画書をコピーして関係提供事業所に配布する。		
利用者又は家族構成員不参加理由	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族()) <input type="checkbox"/> サービス担当者() () <input type="checkbox"/> サービス担当者() ()		
次回の開催予定と検討事項	平成29年1月〇日 <ul style="list-style-type: none"> ・趣味がもてるよう等、QOLの向上支援について 		

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名： あやめ太郎 様

作成年月日： 平成30 年 5 月 16 日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	
<input checked="" type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催による リハビリテーション計画書の作成	<input checked="" type="checkbox"/> 参加者(<u>本人</u> ・家族・医師・ <u>理学療法士</u> ・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input checked="" type="checkbox"/> 日付(H30/ 5/ 1)	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士によるリハビリテーション計 画の利用者・家族への説明	<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】 医師によるリハビリテーション計画の 利用者・家族への説明	<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見()	
<input checked="" type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書に基づく リハビリテーションの提供	リハビリテーションプログラムの内容 <input checked="" type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	
<input checked="" type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 日付(H30/12/14) <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付()	
<input checked="" type="checkbox"/>	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に 係る従業者に対する日常生活上の留意点、 介護の工夫等の情報伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 日付(H30/12/14) <input checked="" type="checkbox"/> CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> 日付() CM・CW・家族・その他()	
<input checked="" type="checkbox"/>	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する 指導等に関する助言の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 日付(H30/12/14) <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付() <input type="checkbox"/> 日付()	
<input checked="" type="checkbox"/>	サービスを終了する1ヶ月前以内の リハビリテーション会議の開催	<input checked="" type="checkbox"/> 参加者(<u>本人</u> ・ <u>家族</u> ・医師・ <u>理学療法士</u> ・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> 日付()	
<input checked="" type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	

※CM：介護支援専門員 CW：指定訪問介護のサービス責任者

リハビリテーション実施計画書（1）

利用者氏名： ふりーじあ 正三 性別：(男)・女 生年月日 大正 6年 3月18日 (90 歳) 要介護度： 平成18年 1月10日

計画評価実施日

健康状態（原因疾患、発症・受傷日等）
 #1変形性膝関節症（右で強い、20年前から）
 #2生活不活発病
 ①膝関節痛のため（80歳～）
 ②感冒による臥床（平成18年11月～）

合併疾患・コントロール状態
 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)
 生活不活発病（廃用症候群）
 (発生原因が分かる場合はその内容
 膝痛のため家事制限や屋外歩行
 量低下(80歳～))

心身機能
運動機能障害：
 下肢を中心とした筋力低下あり
感覚機能障害：
 なし
高次脳機能障害：
 なし
拘縮（部位）：
 右膝関節：伸展-5°
関節痛（部位）：
 同膝
その他：

参加 主目標（コロン(：)の後に具体的内容を記入。）
 入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他：
退院未定
 家庭内役割（家事への参加、等）： 家事
 社会活動： 老人クラブ（週1回）への参加
 外出（内容・頻度等）： 買い物（週2回）に行くこと、友人宅訪問
 余暇活動（内容・頻度等）： 俳句の会（月2回）への参加
 退院後利用資源： 市の体操教室への参加

項目	自立・介護状況				現在の評価及び目標			具体的なアプローチ			実施上の留意点
	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用器具	介護内容	到達時期	重要項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	
トイレへの移動	A	B	C				B：夜はつたい歩き			PT<週2回個別訓練>屋外歩行能力の練習 PT>屋内外歩行訓練 ・屋内歩行訓練 ・訓練室での歩行練習 ・立位バランス訓練 ・膝関節保護のための膝装具の検討	自宅周辺は坂道が多い。様々な用途で歩行訓練を行う。 ・膝への負担を指導する。
	A	C		B		B	B：時々つたい歩き	5月上旬			・日中短時間に何度も動く機会を増やす。 ・声かけ、励ましを行う。
	A	B	C			A、C：T字杖	B：腕組み（2ヶ月前から）	5月上旬	○		
	A	C		C							
食事	A	B	C								
排泄（昼）	A	B	C								
排泄（夜）	A	B	C								
整容	A	B	C								
更衣	A	C		B			B：くつ下のみ				
入浴	A	C		B			C：つたい歩き入浴用椅子使用			OT<週2回個別訓練>実際の入浴時に動作訓練の実施（徐行・動作に介護職へ移行）	・自宅での入浴時、自立に向けた支援を行う。 ・自宅を歩行するための歩行杖やタイル上の歩行杖の活用を検討した。
コミュニケーション	A	C		C				5月上旬	○	OT<週2回個別訓練>台所にて調理訓練 ・台所にて調理訓練	・自宅周辺は坂道が多い。様々な用途で歩行訓練を行う。 ・膝への負担を指導する。
家事	A	C		C			B：通所以外は外出なし				
外出	A	C		C							

項目	自立・介護状況				現在の評価及び目標			具体的なアプローチ			実施上の留意点	
	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用器具	介護内容	到達時期	重要項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等		看護・介護職等が実施する内容・頻度等
寝返り	A	B	C									特になし
起きあがり	A	B	C									特になし
座位	A	B	C									特になし
立ち上がり	A	B	C									特になし
立位	A	B	C									特になし
摂食・嚥下												特になし

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例： A 目標 B 実行状況 C 能力

リハビリテーション実施計画書（2）

ご本人の希望（ 年 月 日）
一人を外出し、俳句の会にもまた通いたい。

ご家族の希望（ 年 月 日）
外出できるくらい元気になってほしい。

その人らしく生活するためのポイント

- ・日中の家事を行う
- ・友人宅や俳句の会などの趣味を楽しむ、活動的な生活を送る。

ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み

今回、歩くことや家事が難しくなったのは、風邪で2週間ほど睡眠が十分でないためです。以前の状態に戻るために、生活を活発にしていきたいことが重要で、膝に負担がかからないような家事などのやり方を工夫してお教えしていきます。

- ・どのようなことをやりたいか希望をお伝えください。
- ・自宅生活を送る上での膝に負担の少ない方法を理学療法士、作業療法士がお教えしますので、実際に自宅で行ってください。
- ・外出の範囲を広げるために、当初は杖を使用した屋外移動、買い物等の訓練を行います。外出や、平日の家事が自分でできるようになっていきます。
- ・5月上旬をめどに屋内、屋外の歩行が自立して行えることを目指します。
- ・また、5月中旬をめどに家事もご自分でできることを目指します。

リハビリテーションプログラム

ご本人に行ってもらいたいこと

膝の痛みを生じないような動作のやり方を、ご自身でも工夫しながらいろいろなことをやってみてください。

ご家族にお願いしたいこと

初めの場所では杖で歩行する時は、転倒の危険もありますので十分な見守りをしてください。段差や方向転換の際の動作のやり方についてもご家族に説明します。

病気との関係で気をつけること

どのような動作をすると痛みが強くなるか注意しててください。痛みがある場合は担当者にお知らせください。痛みを少なくしつつ、上手にできる方法を一緒に工夫します。

前回計画作成からの改善・変化等（ 年 月 日）

これまでリハビリテーションは行われておらず、上手な動作方法の習得がなされていまして、上手にできるようになっていくと思われまます。

備考

これから生活の範囲が広がっていくと、難しいことが出てくるかもしれませんが、できないと思いきまずに相談してください。できれば、その行為を行う場所の写真を持参してください。

担当医： 財前 吾郎

●PT・OT・ST： ひまわり 康(理学療法士)、なのはな 菜(作業療法士)、 ()

●看護・介護： すみれ 京子(介護支援専門員)、いちょう 桃(介護職員2級以上)、 ()

● ()、 ()、 ()、 () ()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意： 年 月 日

ご本人サイン： 説明者サイン：

注：本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

リハビリテーション計画書（アセスメント）

訪問 通所 短期入所

計画作成日：「平成28」年「10」月「1」日

利用者氏名：「介護 太郎」様 性別：「男・女」 生年月日：「昭和16」年「9」月「2」日（「75」歳） 要介護「要介護2」

■居宅サービス計画の総合的援助の方針

「歩行に問題があり、時々、ふらつくことがあり、歩行にも問題があり。在宅生活を続けるうえで、ひとりでの自宅の生活や外の活動に関しては問題があるので、通所リハビリや訪問リハビリで生活支援する。」

■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

「移動が安全に行えるよう器具の使い方や歩行のしかたについて練習を行う。ご自身の身の回りの動作は出きるだけ一人でやりたいと言う本人の希望もあるので、極力自分だけで行えるよう生活動作について支援する。運動を安全に行える環境整備も必要である。」

■利用者の希望

「家や庭の手入れ・世話、孫・子供の世話、居酒屋に行く、俳句、書道・習字、将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等、散歩、畑仕事

■医師の指示

「日常生活の状況を踏まえて、生活動作の訓練や環境を整備しつつ、活動を維持できるようリハビリテーションをお願いします。」

■ご家族の希望

「移動については支援をされながら、本人の希望に答えてあげたい。」

■健康状態（介護・支援を要す原因となる疾患）

原疾患名・発症日

病名：高血圧症、脳梗塞による左下肢の麻痺	発症日：平成15年 3月 17日	直近の入院日：平成24年 11月 23日	直近の退院日：平成25年 2月 1日
経過：平成18年3月17日朝に手足のしびれを訴え、緊急入院して8か月ほどの入院生活を送った後、在宅に戻られた。その後、平成24年の11月23日に脳梗塞にて救急搬送され、右脳梗塞の症状にて、入院加療した。薬物療法やリハビリテーションを加療し、翌年2月に退院した。			

■合併症・コントロール状況（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）

「高血圧で薬剤摂取を継続。（本態性高脂血症）」

■廃用症候群： あり なし

■リハビリテーションを実施する際の医学的管理（医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）

「入院中は服薬で血圧をコントロールしていたが、在宅に戻れた後は服薬管理ができていないことがあるので、変動が見られた場合は主治医に連絡してください。」

■参加（過去実施していたものと現状について記載する）

家庭内の役割の内容

「家庭内では家族から慕われており、家族との関係は変わらないが、言いたいことが伝わっていない事が時々見られ、満足な意思決定には及んでいない。」

余暇活動（内容および頻度）

「自宅で時代劇や野球、相撲などテレビを見る、盆栽の鑑賞、奥さんの言語訓練など。以前は自宅周辺の散歩を毎朝夕に雨が降っても欠かさなかった。家族の手伝いも積極的にやっていた。」

社会・地域活動（内容および頻度）

「入院する前は町内会の行事や趣味の活動を積極的に参加されていた。趣味も多く、人との付き合いは盛んだったが、退院後、言葉や歩行に問題もあるため、自宅で過ごすことが多くなった。」

リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組

「乗客との会話ができるようになってもらいたい。出れば、以前に通っていた近所の俳句会にも参加できるようになって欲しいが、歩行上の問題や言語の問題もあるので、現実問題としては難しい。」

■心身機能

	状況	活動へ支障		状況	活動へ支障
運動機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	失語症 構音障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	見当識障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし
疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	記憶障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	その他の高次脳 機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし

リハビリテーション計画書（アセスメント）

訪問 通所 短期入所

計画作成日：「平成28」年「10」月「1」日

利用者氏名：「介護 太郎」様

性別：「男」・「女」

生年月日：「昭和16」年「9」月「2」日（「75」歳）

要介護「要介護2」

■活動（※課題重要性は、「現状」と「改善の可能性」から取り上げる課題の優先順位をつける。）

アセスメント項目					アセスメント項目					■環境因子（※課題ありの場合☑。）	
現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】	課題	備考
基本的動作	3	2		3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 9 把握していない	食事の用意	0	0			家族・介護者	☑ 奥さんは介護に対して熱心だが、車椅子の取り扱い方や移動の際の補助の仕方に慣れていないため
立位保持	1	1			食事の片付け	0	0			福祉用具等	☑ 手摺りや車椅子を利用。他にベッドレンタル利用。
床からの立ち上がり	1	1			洗濯	0	0			住環境	☑ 家が古いため段差が多い。特に玄関先の階段に注意が必要。
移動能力(TUG、6分間歩行)			1	※時間を記載	掃除や整頓	2	0			自宅周辺	☑ 近くに公園があり。
他					力仕事	1	0		※IADL評価点 0 していない 1 まれに 2 時々 3 週3回以上	地域への社会参加等	☑ 町内会などの行事は病気を理由に断っている。
服薬管理	2	1		3 自立 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 ※点数を記載	買物	1	0			交通機関	☑ 時々、必要に迫られて介護タクシーを利用
HDS-R					外出	1	0			サービス	☑ デイサービス、訪問リハビリ、通所リハビリ。出きればショートステイも利用したい。
ADL					屋外歩行	0	0			その他	<input type="checkbox"/>
食事	5	5		10 自立 5 部分介助 0 全介助	趣味	0	0	4			
イスとベッド間の移乗	0	0		15 自立 10 最小限の介助 5 部分介助 0 全介助	交通手段の利用	0	0				
整容	5	0		5 自立 0 部分・全介助	旅行	0	0				
トイレ動作	0	0		10 自立 5 部分介助 0 全介助	庭仕事	0	0	5			
入浴	0	0		5 自立 0 部分・全介助	家や車の手入れ	0	0				
平地歩行	5	5	2	15 自立 10 部分介助 5 車いす使用 0 その他	読書	0	2				
階段昇降	0	0	3	10 自立 5 部分介助 0 全介助	仕事	0	0				
更衣	5	5		10 自立 5 部分介助 0 全介助	IADL合計	5	2				
排便コントロール	5	5		10 自立 5 部分介助 0 全介助							
排尿コントロール	0	0		10 自立 5 部分介助 0 全介助							
ADL合計	25	20									

※ADLは「している」状況について記載する。IADLも同様。

■特記事項

脳梗塞による後遺症で下肢の麻痺や言語の問題もあるため、周りとのコミュニケーションは取りづらい

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

活動に関しては病気を理由や、体調も変動があることから参加はしていない。家族（奥さん、嫁）の介護負担が生じているので、負担軽減を図りたいと所望している。（奥さんは介護については熱心だが、高齢なので体を支えたりすることは負担が大）
車椅子、ベッドなどへの移動にもご主人を介助しながらは大変だとこぼしていた。無理な介護で奥さんが体調を壊してしまうことも懸念する。
日常生活のケアの在り方、方法、生活のリズムを安定させたい。

■他の利用サービス

通所介護（週 1 回） 訪問介護（週 5 回） 訪問リハ・通所リハ（週 1 回） 訪問看護（週 回） その他（ ）

■社会参加支援評価

訪問日（ 年 月 日 ） 居宅サービス計画（訪問しない理由： ）
サービス等利用あり 通所介護（週 1 回） 通所リハ（週 1 回） 市町村事業（週 回） 地域活動へ参加（ ） 家庭で役割あり

■現在の生活状況

リハビリテーション計画書

訪問 通所 (No.0000000001)

利用者氏名： 介護 太郎 様

計画作成日： 平成28 年 10 月 1 日 ~ 見直し予定時期 平成29年 1月 頃

リハビリテーションマネジメントⅠ リハビリテーションマネジメントⅡ

訪問・通所頻度 (週 2回) 利用時間 (60分) 送迎なし

■リハビリテーションサービス

No.	目標 (解決すべき課題)	期間	具体的支援内容	(何を目的に (～のために) ～をする)	頻度	時間	訪問の必要性
01	自宅内の歩行・移動が安全にできる	平成28年10月 1日 ～ 平成28年12月31日	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中 (個別) リハ <input checked="" type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	自宅内で転倒しないようにしたい。 ・歩行練習 ・歩行時に有効な補助具の利用 ・手摺りの設置場所の検討 ・段差を無くす工夫	2回/週	10分	
02	自宅で入浴ができるようになる。	平成28年10月 1日 ～ 平成28年12月31日	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中 (個別) リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	自宅での入浴 ・シャワーチェア、マットなど福祉用具の活用 ・浴室内の手摺りを設置 ・浴槽までの移動、更衣、身体の洗い方の練習	2回/週	20分	
03	安全に外出できるようになる。	平成28年10月 1日 ～ 平成28年12月31日	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中 (個別) リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	・階段昇降の動作訓練 ・歩行訓練の実施 (杖や歩行器の利用) ・車椅子での移動訓練の実施	2回/週	20分	
04	家族やご近所とのコミュニケーション	平成28年10月 1日 ～ 平成28年12月31日	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中 (個別) リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()	ご本人の意思が伝わらないことによるストレス軽減 ・言葉訓練 ・「はい」「いいえ」の頷きから始めて、次第にはっきりと言えるように進めて発音訓練へと進めていく。			
					週合計時間	100分 (1時間40分)	

リハビリテーション計画書

訪問 通所 (No.0000000001)

利用者氏名： 介護 太郎 様 計画作成日： 平成28 年 10 月 1 日 ~ 見直し予定時期 平成29年 1月 頃

リハビリテーションマネジメントⅠ リハビリテーションマネジメントⅡ 訪問・通所頻度 (週 2回) 利用時間 (60分) 送迎なし

■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	() () () () () () () () () ()
	開始～1時間 1時間～2時間 2時間～3時間 3時間～4時間 4時間～5時間 5時間～6時間 6時間～7時間 7時間～8時間 ~()
利用者	
看護職	
介護職	
PT	
OT	
ST	
その他 ()	

必要なケアとその方法
 自宅から外出する機会が減っていたので、通所介護・通所リハも含めたサービスを利用しながら外部とのコミュニケーションを取る。家族の負担も増えているので出きるだけ軽減を図りたい。送迎時の移動や移乗に注意が必要である。(男性スタッフの介助が必要)現状の心身機能を維持しつつ、環境整備などを整えて円滑に関わりを継続したい。

訪問介護の担当者と共有すべき事項	訪問看護の担当者と共有すべき事項	その他、共有すべき事項 ()
車椅子への移動には、車椅子操作も含めて練習が必要です。送迎バスや介護タクシーへの移乗についてや、玄関先の段差には注意してください。自宅内の移動についても介助や見守りが必要です。		

※下記のの支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 通所介護 () ()

利用者・ご家族への説明：平成 年 月 日

利用者サイン： ご家族サイン： 医師サイン：

■実績報告書 (平成28年10月)

平成28年10月28日
PAGE : 1/1

サービス計画作成事業所： 居宅介護支援事業所コンダクト 御中

サービス提供事業者： デイケアセンターコンダクト

被保険者番号： 2111111111

利用者氏名： **介護 太郎 様**

利用者番号： 000000001 要介護度： 要介護2

計画単位数： 7160単位 実績管理内単位数： 7160単位 実績管理外単位数： 392単位

提供時間帯	サービス内容	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計		
			曜日	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	回	単位数
9:00~ 16:00	通所リハ I 152 161172	予定				1		1					1		1						1		1				1		1						8	7000単位
		実績				1		1						1		1						1		1				1		1					8	7000単位
	通所リハ中重度者ケア体制 加算 165614	予定				1		1					1		1						1		1				1		1					8	160単位	
		実績				1		1						1		1						1		1				1		1					8	160単位
	通所リハサービス提供体制 加算 I 1 166100	予定				1		1					1		1						1		1				1		1					8	144単位	
		実績				1		1						1		1						1		1				1		1					8	144単位
	通所リハ処遇改善加算 I 166106	予定																																	248単位	
		実績																																		248単位
	総合計	予定																																	7552単位	
		実績																																		7552単位
		予定																																		
		実績																																		
		予定																																		
		実績																																		
		予定																																		
		実績																																		
		予定																																		
		実績																																		

<メモ> 10/7(金)に利用予定でしたが、利用者のご都合によりお休みとなります。

■実績報告書 (平成28年11月)

平成28年11月30日
PAGE : 1/1

サービス計画作成事業所： 居宅介護支援事業所コンダクト 御中

サービス提供事業者： 訪問リハビリステーション ラベンダー

被保険者番号： **1762221100**

利用者氏名： **さくら 愛子 様**

利用者番号： 000000029 要介護度： 要支援2

計画単位数： 2416単位 実績管理内単位数： 2416単位 実績管理外単位数： 48単位

提供時間帯	サービス内容	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	合計			
		曜日	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	回	単位数		
17:00~ 17:19	予防訪問リハ1	予定				1							1							1							1							4	1208単位	
	642111	実績				1							1							1							1							4	1208単位	
	予防訪問リハサービス提供体制加算	予定				1							1							1							1							4	24単位	
	646101	実績				1							1							1							1							4	24単位	
17:20~ 17:39	予防訪問リハ1	予定				1							1							1							1							4	1208単位	
	642111	実績				1							1							1							1							4	1208単位	
	予防訪問リハサービス提供体制加算	予定				1							1							1							1							4	24単位	
	646101	実績				1							1							1							1							4	24単位	
	総合計	予定																																	2464単位	
		実績																																		2464単位
		予定																																		
		実績																																		
		予定																																		
		実績																																		
		予定																																		
		実績																																		
		予定																																		
		実績																																		

<メモ> 居宅支援事業所コンダクト ケアマネージャー〇〇様
 今月は予定通りにサービスを実施いたしました。

■ 介護記録

利用者名： すみれ太郎 様

年月日 令和 3年 2月 9日 提供時間 10:40～11:49

主担当者 コンダクト次郎 副担当者

測定時刻	体温	呼吸数	脈拍	血圧	SpO2	血糖値	体重
11:10	36.5℃	20回/分	60回/分 (整脈)	110/ 90 mmHg	98%	75mg/dL	56.9kg
備考:							
備考:							

本人の状態

今日は体調も良く、自分から積極的に動こうとしていたので車いすとバスを利用して病院へ行く事にした。病院に着くと車椅子からソファーに座り直すぐらいだった。

介護内容

食事の介助、歩行介助

その他・備考

■介護内容一覧

平成26年 7月29日
PAGE : 1/1

利用者：すみれ 花子 様

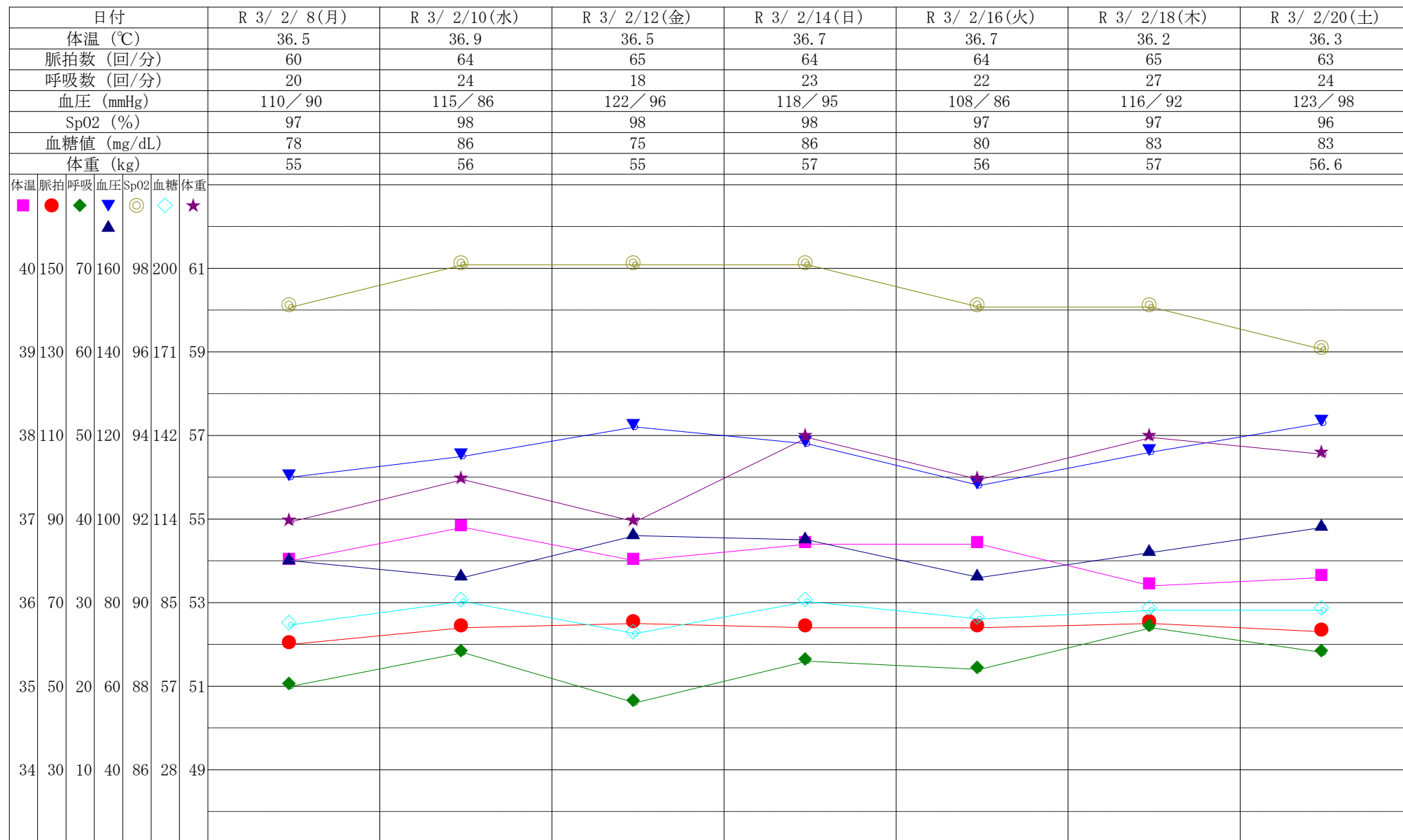
年月日	時間	分類／内容	記録
H26/ 7/29	12:00～12:10	移乗／起き上がり動作の介助	
	12:10～12:30	食事／食事の介助	
	12:30～13:00	家事／調理・配膳・食後の後片付け	

■個人別バイタルサイングラフ

令和 3年 2月 8日

利用者番号: 0000000010 氏名: あさがお太郎

期間: 令和 3年 2月 6日 ~ 令和 3年 2月20日

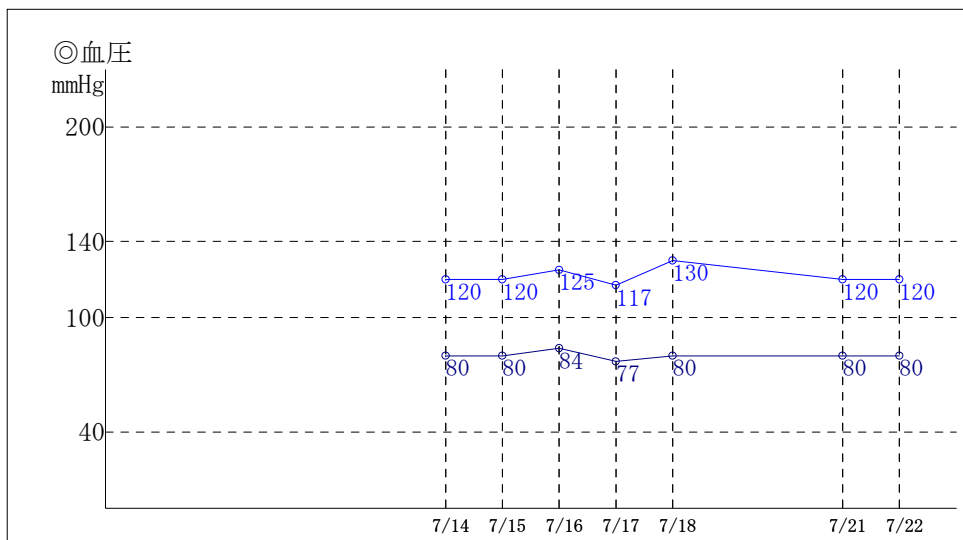
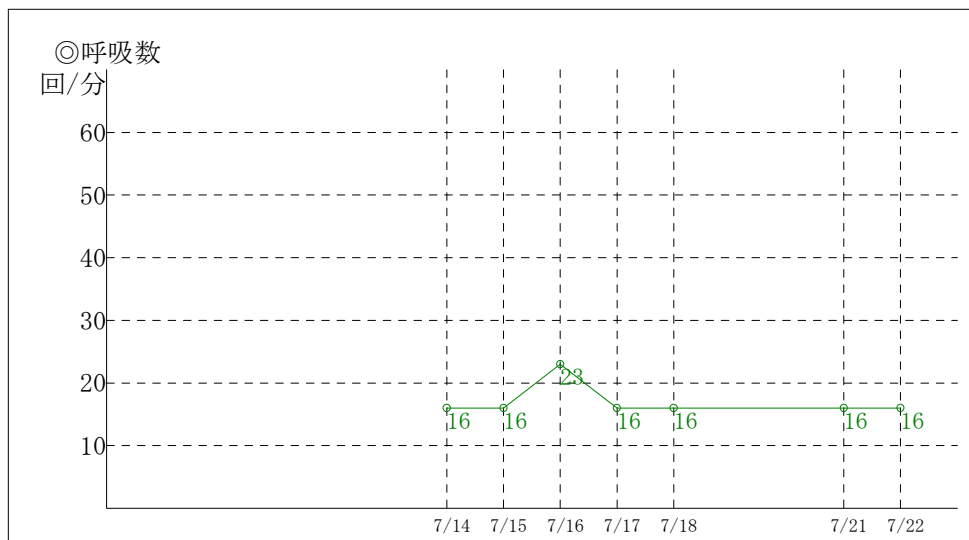
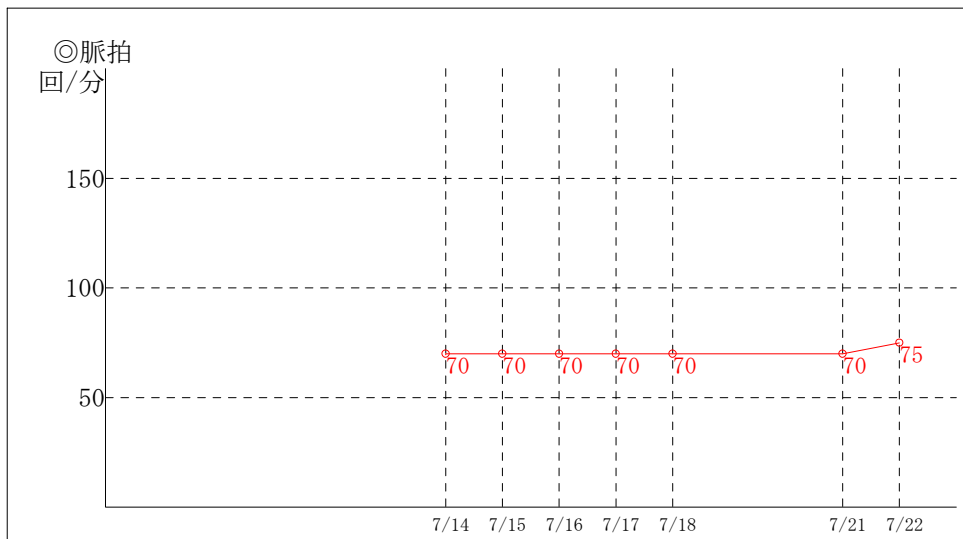
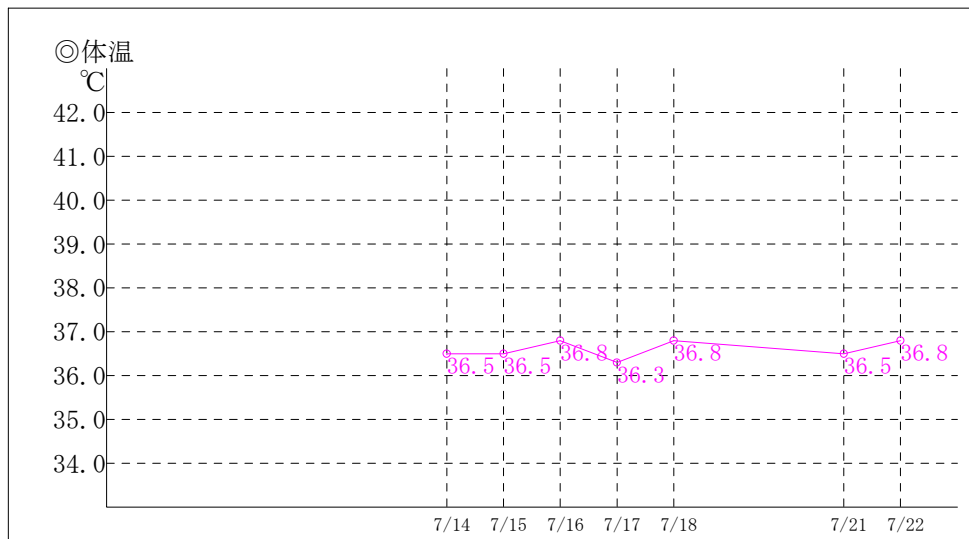


■個人別バイタルサイン推移グラフ

平成26年 7月14日

利用者番号: 0000000003 氏名: こすもす 一郎

期間: 平成26年 7月 8日 ~ 平成26年 7月22日 サービス種: 介護

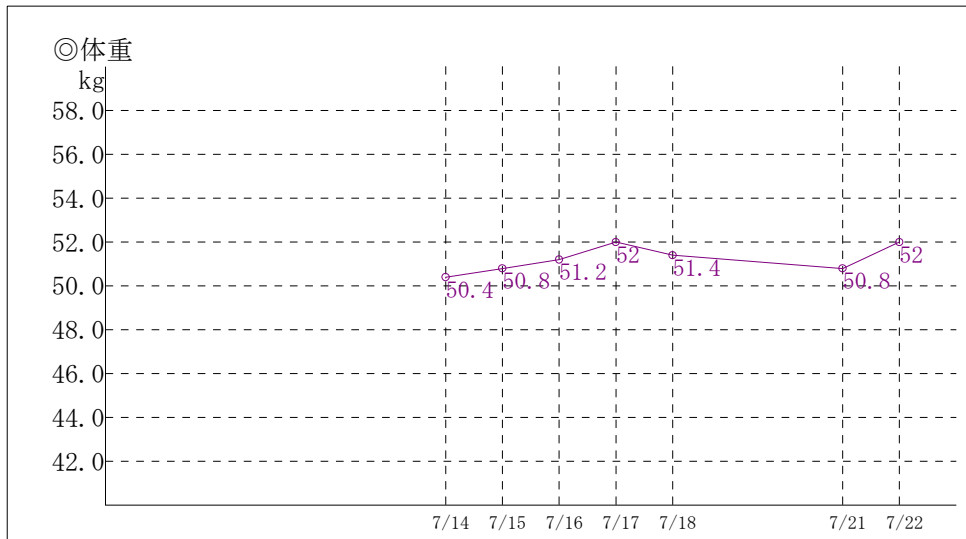
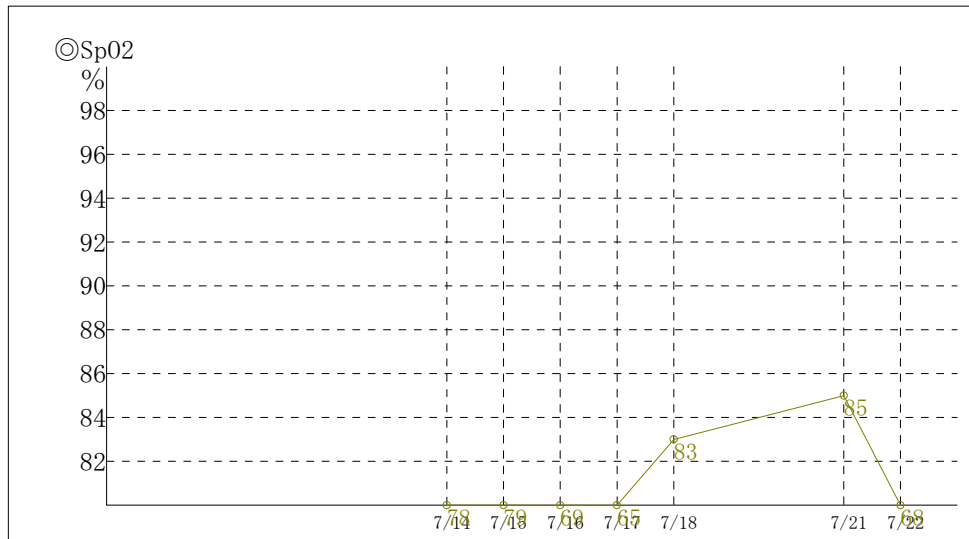


■個人別バイタルサイン推移グラフ

平成26年 7月14日

利用者番号: 0000000003 氏名: こすもす 一郎

期間: 平成26年 7月 8日 ~ 平成26年 7月22日 サービス種: 介護



平成 2 8 年 1 1 月分

介護給付費請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

平成28年12月 6日

事業所番号	5	2	5	2	5	2	5	2	5	2	5	2	
請求 事業所	名称	訪問リハビリステーション ラベンダー											
	〒	9	2	1	ー	8	1	5	5				
	所在地	石川県金沢市高尾台1-423											
連絡先	076-296-3330												

保険請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等					
	件数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 居宅介護支援・ 介護予防支援	17	84117	855461	761391	20796	73274				
合 計	17	84117	855461	761391	20796	73274				

公費請求

区 分	サービス費用			特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	費用 合計	公費 請求額
生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 12 地域密着型サービス等	4	19857	201943	99968		
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援						
10 感染症 37条の2						
21 障自・通院医療						
15 障自・更生医療						
19 原爆・一般						
54 難病法						
51 特定疾患等 治療研究						
81 被爆者助成						
86 被爆体験者						
87 有機ヒ素・緊急措置						
88 水俣病総合対策 メチル水銀						
66 石綿・救済措置						
58 障害者・支援措置 (全額免除)						
25 中国残留邦人等						
合 計				99968		

■レセプト一覧表

平成28年11月 1日
PAGE : 1

合計	件数	保険費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担額	社福軽減額	社福軽減後負担額
	26	1,995,261	1,790,383	125,306	167,399	0	0

平成28年10月分

注意：保険費用合計は生保単独を含みません

利用者氏名	サービス 種類 コード	証記載保険者番号	被保険者番号	公費1負担者番号	公費1受給者番号	公費2負担者番号	公費2受給者番号	公費3負担者番号	公費3受給者番号	
		保険請求額	公費1請求額	公費2請求額	公費3請求額	保険費用合計	利用者負担額	社福軽減額	社福軽減後負担額	
通所 介護		00172015	1000043131							
		82,431				91,591	9,160			
小川 好		00172015	1555555555	12345468	5486454					
		42,688	10,673			53,361	0			
介護 太郎		00172015	2111111111							
		69,122				76,803	7,681			
刈部 照子		00172015	1100021111							
		82,431				91,591	9,160			
すずらん 次郎		00172015	0007777777	12555555	1234567					
		93,863	10,430			104,293	0			
清水 里恵	単独	00172015	H222222222	12555555	1211113					
		0	47,005			0	0			
河村 宏茂	単独	00172080	H533333333	12654654	1234567					
		0	40,822			0	0			

請求確認表

平成28年11月分

サービス種：訪問リハビリテーション

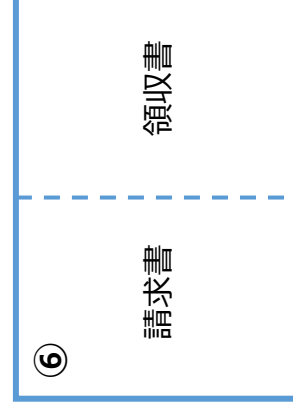
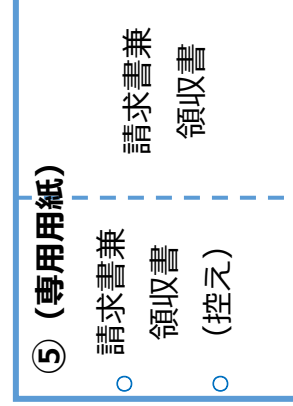
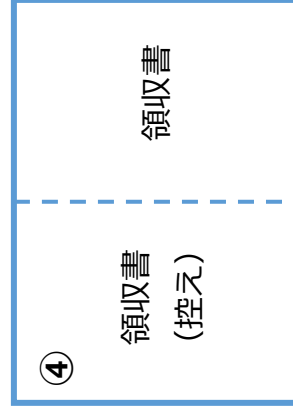
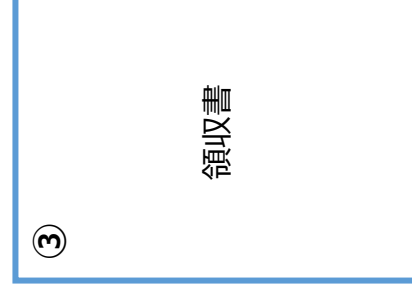
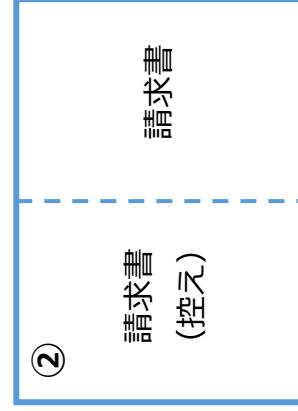
	日数	単位数	保険費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	高額支給額	自己負担額	費用合計
							[うち税]	実費利用額	
保険合計	86	68,837	700,065	621,535	20,796	57,734	() []		700,065
生保単独 合計	10	7,785			79,172		() []		79,172
総 合 計	96	76,622	700,065	621,535	99,968	57,734	() []		779,237

利用者番号／負担割合 利用者氏名	保険者番号 被保険者番号	提供年月	日数	単位数	保険費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	高額支給額 [うち税]	自己負担額 実費利用額	費用合計
0000000003 / 2割 小川 好	00172015 1555555555	H28/11	9	8,376	85,183	68,146	17,037		() []		85,183
0000000004 / 1割 介護 太郎	00172015 2111111111	H28/11	8	7,392	75,176	67,658		7,518	() []		75,176
0000000006 / 1割 刈部 照子	00172015 1100021111	H28/11	4	1,232	12,529	11,276		1,253	() []		12,529
0000000009 / 1割 すずらん 次郎	00172015 0007777777	H28/11	4	3,696	37,588	33,829	3,759		() []		37,588
0000000010 清水 里恵	00172015 H222222222	H28/11	5	3,080			31,323		() []		31,323
0000000011 河村 宏茂	00172080 H533333333	H28/11	5	4,705			47,849		() []		47,849
0000000012 / 1割 いちょう 一男	00172015 1765421142	H28/11	9	5,544	56,382	50,743		5,639	() []		56,382
0000000013 / 1割 関口 ナツ	00172015 1564687879	H28/11	5	4,680	47,595	42,835		4,760	() []		47,595
0000000014 / 1割 太陽 うらら	00172015 3246546898	H28/11	8	7,392	75,176	67,658		7,518	() []		75,176
0000000016 / 1割 金沢 太郎	00172015 6444455555	H28/11	4	3,696	37,588	33,829		3,759	() []		37,588

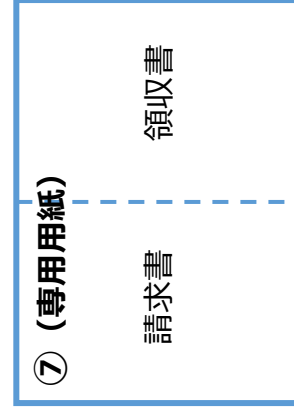
() 内は自己負担額の内訳
[] は実費利用額内訳

利用料請求書様式サンプル

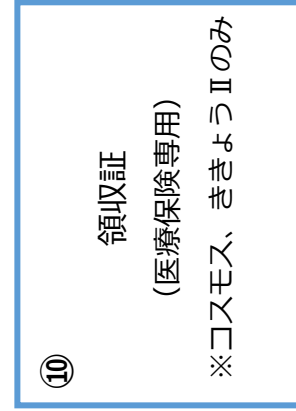
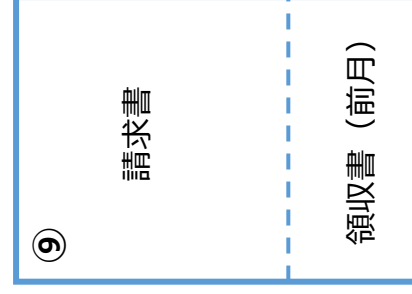
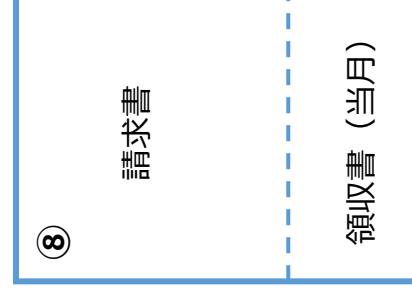
設定名	
①請求書 A 4 縦	⑥請求書 (左) / 領収書 (右)
②請求書 A 4 横 (左右 2 枚)	⑦請求書 (左) / 領収書 (右) 専用用紙
③領収書 A 4 縦	⑧請求書兼領収書 (当月分領収書)
④領収書 A 4 横 (左右 2 枚)	⑨請求書兼領収書 (前月分領収書)
⑤請求書兼領収書 A 4 横 (左右 2 枚) 専用用紙	⑩医療訪問看護領収証



(2色、綴じ穴、切り取り線付き)



(2色、切り取り線付き)



利用料請求書(控え)

利用料請求書

276-6544 石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-4-23 TEL：076-296-3330

276-6544 石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-4-23 TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様

あさがお太郎 様



平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願ひ申し上げます。

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願ひ申し上げます。

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

Table with columns: 利用者氏名 (あさがお太郎 様), ご請求金額 (¥18,186-)

Table with columns: 利用者氏名 (あさがお太郎 様), ご請求金額 (¥18,186-)

番号 0000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

番号 0000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

Main table with columns: 項目, 控税, 単位/単価, 数量, 金額, 備考. Includes rows for insurance, meals, and beauty services.

Main table with columns: 項目, 控税, 単位/単価, 数量, 金額, 備考. Includes rows for insurance, meals, and beauty services.

Sample

Summary table with columns: <利用日>, 備考. Includes payment method and dates.

Summary table with columns: <利用日>, 備考. Includes payment method and dates.

利用料領収書

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-4-23
TEL：076-296-3330



あさがお太郎 様

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	領収金額	¥18,186-
医療費控除対象額	¥0-		

番号	000000010	区分	介護	負担割合	1割	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分									13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 5 3							887単位	12		
通所介護入浴介助加算							50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I							46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1							18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I							709単位	1		
食費									3,600円	
朝食							300円	12	(3,600)	
理美容代						○		1	1,000円	
税率内訳(10%)									(1,000円)	

Sample

<利用日> 令和 3年 2月		備		費用負担者：あさがお太郎 様 続柄：本人		
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
				居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名： 赤とんぼケアプラセンタ一		領
				単位数合計：12,721単位 費用総額：135,860円 保険分自己負担額：13,586円 保険外分自己負担額：4,600円		収
						印

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料領収書(控え)

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002
あさがおデイサービス
石川県金沢市高尾台1-4-2-3
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	領収金額	¥18,186-
医療費控除対象額	¥0-		

番号 000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

項目	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分				13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 5 3		887単位	12		
通所介護入浴介助加算		50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I		46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1		18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I		709単位	1		
食費				3,600円	
朝食		300円	12	(3,600)	
理美容代	○		1	1,000円	
税率内訳(10%)				(1,000円)	

Sample

<利用日> 令和 3年 2月	費用負担者：あさがお太郎 様 続柄：本人	領 収 印
日 月 火 水 木 金 土 7 ⑧ 9 ⑩ 11 ⑫ 13 14 ⑮ 16 ⑰ 18 ⑱ 20 21 ⑳ 23 ㉒ 25 ㉓ 27 28	備 考 居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名： 赤とんぼケアプランセンター 単位数合計：12,721単位 費用総額：135,860円 保険分自己負担額：13,586円 保険外分自己負担額：4,600円	

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料領収書

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002
あさがおデイサービス
石川県金沢市高尾台1-4-2-3
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様



令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	領収金額	¥18,186-
医療費控除対象額	¥0-		

番号 000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

項目	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分				13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 5 3		887単位	12		
通所介護入浴介助加算		50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I		46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1		18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I		709単位	1		
食費				3,600円	
朝食		300円	12	(3,600)	
理美容代	○		1	1,000円	
税率内訳(10%)				(1,000円)	

<利用日> 令和 3年 2月	費用負担者：あさがお太郎 様 続柄：本人	領 収 印
日 月 火 水 木 金 土 7 ⑧ 9 ⑩ 11 ⑫ 13 14 ⑮ 16 ⑰ 18 ⑱ 20 21 ⑳ 23 ㉒ 25 ㉓ 27 28	備 考 居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名： 赤とんぼケアプランセンター 単位数合計：12,721単位 費用総額：135,860円 保険分自己負担額：13,586円 保険外分自己負担額：4,600円	

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

請求書兼領収書(控え)

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス
石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様

請求書兼領収書

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス
石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様



令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	領収金額	¥18,186-
医療費控除対象額	¥0-		

項目	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分				13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 5 3		887単位	12		
通所介護入浴介助加算		50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I		46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1		18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I		709単位	1		
食費				3,600円	
朝食		300円	12	(3,600)	
理美容代	○		1	1,000円	
税率内訳(10%)				(1,000円)	

Sample

<利用日> 令和 3年 2月	費用負担者：あさがお太郎 様 続柄：本人	領
日 月 火 水 木 金 土	居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名： 赤とんぼケアプランセンター	収
① 2 ③ 4 ⑤ 6	単位数合計：12,721単位 費用総額：135,860円	印
7 ⑧ 9 ⑩ 11 ⑫ 13	保険分自己負担額：13,586円 保険外分自己負担額：4,600円	
14 ⑮ 16 ⑰ 18 ⑱ 20		
21 ⑳ 23 ㉑ 25 ㉒ 27		
28		

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	領収金額	¥18,186-
医療費控除対象額	¥0-		

項目	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分				13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 5 3		887単位	12		
通所介護入浴介助加算		50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I		46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1		18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I		709単位	1		
食費				3,600円	
朝食		300円	12	(3,600)	
理美容代	○		1	1,000円	
税率内訳(10%)				(1,000円)	

<利用日> 令和 3年 2月	費用負担者：あさがお太郎 様 続柄：本人	領
日 月 火 水 木 金 土	居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名： 赤とんぼケアプランセンター	収
① 2 ③ 4 ⑤ 6	単位数合計：12,721単位 費用総額：135,860円	印
7 ⑧ 9 ⑩ 11 ⑫ 13	保険分自己負担額：13,586円 保険外分自己負担額：4,600円	
14 ⑮ 16 ⑰ 18 ⑱ 20		
21 ⑳ 23 ㉑ 25 ㉒ 27		
28		

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料請求書

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願ひ申し上げます。

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

Table with columns for user name (あさがお太郎 様) and request amount (¥18,186-).

番号 000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

Main table listing items like insurance, nursing, food, and beauty services with columns for item name, tax, unit, quantity, amount, and notes.

Summary table including payment method (口座振替), dates, and total amounts (unit count, total fee, insurance self-payment).

利用料領収書

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様



令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

Table with columns for user name (あさがお太郎 様) and receipt amount (¥18,186-).

番号 000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

Main table listing items like insurance, nursing, food, and beauty services with columns for item name, tax, unit, quantity, amount, and notes.

Summary table including payment method (本人), dates, and total amounts (unit count, total fee, insurance self-payment).

Sample

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料請求書

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願ひ申し上げます。

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	ご請求金額	¥18,186-
-------	----------	-------	----------

番号 000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

項目	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分				13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 5 3		887単位	12		
通所介護入浴介助加算		50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I		46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1		18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I		709単位	1		
食費				3,600円	
朝食		300円	12	(3,600)	
理美容代	○		1	1,000円	
税率内訳(10%)				(1,000円)	

Sample

<利用日> 令和 3年 2月

日	月	火	水	木	金	土
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

備 考

お支払方法：口座振替 振替日：令和 3年 2月25日
振替口座：コンダクト銀行 高尾台支店 (普通)***** 7** 村助
ご請求分をご指定の口座から振り替えさせていただきます。振替日の前日までにご指定の口座にご入金ください。

単位数合計：12,721単位 費用総額：135,860円
保険分自己負担額：13,586円 保険外分自己負担額：4,600円

利用料領収書

276-6544
石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

請求書番号：2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-423
TEL：076-296-3330

あさがお太郎 様



令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	領収金額	¥18,186-
医療費控除対象額	¥0-		

番号 000000010 区分 介護 負担割合 1割 ※は軽減税率対象項目

項目	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分				13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 5 3		887単位	12		
通所介護入浴介助加算		50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I		46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1		18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I		709単位	1		
食費				3,600円	
朝食		300円	12	(3,600)	
理美容代	○		1	1,000円	
税率内訳(10%)				(1,000円)	

<利用日> 令和 3年 2月

日	月	火	水	木	金	土
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

備 考

費用負担者：あさがお太郎 様 続柄：本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名：赤とんぼケアプランセンター

単位数合計：12,721単位 費用総額：135,860円
保険分自己負担額：13,586円 保険外分自己負担額：4,600円

領 収 印

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

利用料請求書

276-6544

石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-4-23
TEL: 076-296-3330

請求書番号: 2021-01-00002



あさがお太郎 様

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。
下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願ひ申し上げます。

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	負担割合	1割	※は軽減税率対象項目
ご請求金額		¥18,186-		

番号	000000010	区分	介護	項目	控税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分								13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 53						887単位	12		
通所介護入浴介助加算						50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I						46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1						18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I						709単位	1		
食費								3,600円	
朝食							12 (3,600)	
理美容代					○		1	1,000円	
税率内訳 (10%)								(1,000円)
Sample									

<利用日>	令和 3年 2月					
日	月	火	水	木	金	土
7	①	②	③	④	⑤	⑥
14	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
21	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳
28	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗

お支払方法: 口座振替 振替日: 令和 3年 2月25日
振替口座: コンダクト銀行 高尾台支店 (普通)***** 7サガタカ
ご請求分をご指定の口座から振り替えさせていただきます。振替日の前日までに指定の口座にご入金ください。

単位数合計: 12,721単位 費用総額: 135,860円
保険分自己負担額: 13,586円 保険外分自己負担額: 4,600円

利用料領収書

令和 3年 2月分 あさがお太郎 様分

領収金額	¥18,186-
(うち医療費控除の対象額 ¥0-)	
(うち消費税額 ¥91-)	

費用負担者: あさがお太郎 様 続柄: 本人
居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名:
赤とんぼケアプランセンター

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

請求書番号: 2021-01-00002

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-4-23
TEL: 076-296-3330

印

利用料請求書

276-6544

石川県金沢市コンダクト町▲▲番地

あさがおデイサービス

石川県金沢市高尾台1-4-23
TEL: 076-296-3330

請求書番号: 2021-01-00002



あさがお太郎 様

平素は格別のお引き立てを賜り厚く御礼申し上げます。下記の通りご請求申し上げます。よろしくお願ひ申し上げます。

令和 3年 2月分 令和 3年 2月 1日～令和 3年 2月28日

利用者氏名	あさがお太郎 様	ご請求金額	¥18,186-
-------	----------	-------	----------

番号	000000010	区分	介護	負担割合	1割	※は軽減税率対象項目
項目	控	税	単位/単価	数量	金額	備考
保険対象自己負担分					13,586円	10.68円/単位
通所介護 I 53			887単位	12		
通所介護入浴介助加算			50単位	12		
通所介護個別機能訓練加算 I			46単位	12		
通所介護サービス提供体制加算 I 1			18単位	12		
通所介護処遇改善加算 I			709単位	1		
食費					3,600円	
朝食			300円	12 (3,600)		
理美容代		○		1	1,000円	
税率内訳 (10%)					(1,000円)	

Sample

<利用日>	令和 3年 2月					
日	月	火	水	木	金	土
7	①	②	③	④	⑤	⑥
14	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
21	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳
28	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗

備 考
お支払方法: 口座振替 振替日: 令和 3年 2月25日
振替口座: コンダクト銀行 高尾台支店 (普通)***** 747が 枚
ご請求分をご指定の口座から振り替えさせていただきます。振替日の前日までに指定の口座にご入金ください。

単位数合計: 12,721単位 費用総額: 135,860円
保険分自己負担額: 13,586円 保険外分自己負担額: 4,600円

領収金額
(うち医療費控除の対象額)
(うち消費税額)

費用負担者: 様 続柄:

印

※領収印の無いものは無効とします。 ※領収書の再発行はご遠慮下さい。
※医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

■利用料請求書一覧表

平成28年11月 1日

CSV出力対応

PAGE: 1/1

平成28年11月 1日 ~ 平成28年11月30日 該当件数 15 (全部)
 介護分合計 58,534 円 予防分合計 15,540 円

税抜き合計	消費税合計(うち税)	請求金額合計(税込)
74,074 円	0 円	74,074 円

利用者番号	利用者氏名	区分	開始年月日	終了年月日	請求年月日	印刷	税抜き金額	消費税(うち税)	請求金額(税込)	領収日
000000004	介護 太郎	介護	H28/11/ 4	H28/11/28	H28/11/30	済	8,318		8,318	
000000006	刈部 照子	介護	H28/11/ 4	H28/11/25	H28/11/30		1,253		1,253	
000000012	いちょう 一男	介護	H28/11/ 1	H28/11/29	H28/11/30		5,639		5,639	
000000013	関口 ナツ	介護	H28/11/ 2	H28/11/30	H28/11/30		4,760		4,760	
000000014	太陽 うらら	介護	H28/11/ 3	H28/11/28	H28/11/30		7,518		7,518	
000000016	金沢 太郎	介護	H28/11/ 4	H28/11/25	H28/11/30		3,759		3,759	
000000018	介護 美佐子	介護	H28/11/ 1	H28/11/29	H28/11/30		8,519		8,519	
000000019	関口 ナツ	介護	H28/11/ 4	H28/11/25	H28/11/30		3,759		3,759	
000000020	つばき 三郎	介護	H28/11/ 1	H28/11/29	H28/11/30		5,794		5,794	
000000021	ききょう 武史	介護	H28/11/ 3	H28/11/24	H28/11/30		3,889		3,889	
000000022	金石 信司	介護	H28/11/ 3	H28/11/24	H28/11/30		3,759		3,759	
000000026	加藤 たけし	予防	H28/11/ 2	H28/11/30	H28/11/30		9,275		9,275	
000000028	中山 俊之	介護	H28/11/ 2	H28/11/30	H28/11/30		1,567		1,567	
000000029	さくら 愛子	予防	H28/11/ 4	H28/11/25	H28/11/30		2,506		2,506	
000000030	長山 美津子	予防	H28/11/ 4	H28/11/25	H28/11/30		3,759		3,759	

■ 全銀協提出結果一覧

処理日 : 02月25日

1223456353 カブシキガイシャフワースネクスト

0001 コンタクトバンク 001 効オダイン

普通預金 2345345

振替済件数	7	振替済金額	121,712
振替不能件数	0	振替不能金額	0
合計件数	7	合計金額	121,712

利用者番号	利用者名	顧客番号	預金者名	預金種目	銀行支店番号	銀行名	支店名	口座番号	引落金額	処理結果
0000000003	すみれ太郎	34245345340000000001	ハナ ミスキ	普通預金	0001001	コンタクトバンク	効オダイン	0001234	61,561	振替済
0000000023	ラベン大輔	34245345340000000010	ラベントイスケ	普通預金	0001001	コンタクトバンク	効オダイン	2222222	11,008	振替済
0000000014	コスモス 次郎	34245345340000000002	コスモスコ	普通預金	0001001	コンタクトバンク	効オダイン	0235475	9,715	振替済
0000000020	あやめ太郎	34245345340000000009	アヤメジロウ	普通預金	0001001	コンタクトバンク	効オダイン	4324452	8,273	振替済
0000000013	ふらわーず太郎	34245345340000000011	フワースタウ	普通預金	0001001	コンタクトバンク	効オダイン	5555555	11,438	振替済
0000000010	あさがお太郎	34245345340000000007	アサガオタウ	普通預金	0001001	コンタクトバンク	効オダイン	6324685	12,009	振替済
0000000016	クローバー入所太郎	34245345340000000008	クロバータウ	普通預金	0001001	コンタクトバンク	効オダイン	8631342	7,708	振替済

■ 全銀協変換結果一覧

処理日 : 02月25日

1223456353 カブシキガイシャフワースネクスト

0001 コンダクトバンク 001 効効イテン 普通預金 2345345

合計件数	7	合計金額	121,712
------	---	------	---------

利用者番号	利用者名	顧客番号	預金者名	預金種目	銀行支店番号	銀行名	支店名	口座番号	引落金額
0000000003	すみれ太郎	34245345340000000001	ハナ ミスキ	普通預金	0001001	コンダクトバンク	効効イテン	0001234	61,561
0000000023	ラベン大輔	34245345340000000010	ラベントイケ	普通預金	0001001	コンダクトバンク	効効イテン	2222222	11,008
0000000014	コスモス 次郎	34245345340000000002	コスモスコ	普通預金	0001001	コンダクトバンク	効効イテン	0235475	9,715
0000000020	あやめ太郎	34245345340000000009	アヤメシロウ	普通預金	0001001	コンダクトバンク	効効イテン	4324452	8,273
0000000013	ふらわーず太郎	34245345340000000011	フワースタロウ	普通預金	0001001	コンダクトバンク	効効イテン	5555555	11,438
0000000010	あさがお太郎	34245345340000000007	アサガオタロウ	普通預金	0001001	コンダクトバンク	効効イテン	6324685	12,009
0000000016	クローバー入所太郎	34245345340000000008	クローバータロウ	普通預金	0001001	コンダクトバンク	効効イテン	8631342	7,708

入金一覽表

平成19年 1月17日
PAGE : 1

平成18年 7月 1日 ~平成18年 7月31日

入金額合計
64,895

利用者番号	利用者氏名	入金年月日	入金区分	入金額	備	考
0000000001	ひまわり 太郎	平成18年 7月31日	現金	2,125		
0000000002	すみれ 花子	平成18年 7月31日	現金	3,320		
0000000003	こずもす 一郎	平成18年 7月15日	現金	5,000		
0000000003	こずもす 一郎	平成18年 7月31日	現金	5,000		
0000000004	あさがお 秀雄	平成18年 7月15日	現金	3,000	不足分月末支払い	
0000000004	あさがお 秀雄	平成18年 7月31日	現金	3,000		
0000000005	いちよう 一男	平成18年 7月31日	銀行振り込み	10,000		
0000000007	なのはな 正夫	平成18年 7月31日	現金	3,320		
0000000008	あやめ 文子	平成18年 7月31日	現金	2,000	翌月繰越	
0000000009	あじさい 良夫	平成18年 7月31日	現金	10,790		
0000000010	ばんじー 良子	平成18年 7月 1日	現金	5,000	不足分月末支払い	
0000000010	ばんじー 良子	平成18年 7月31日	現金	1,640		
0000000013	すいーとぴ幸男	平成18年 7月 1日	現金	5,000		
0000000014	らべんだー光子	平成18年 7月 1日	現金	2,000		
0000000015	つくし 昭一	平成18年 7月31日	現金	3,700		

請求入金一覧表

平成19年 1月17日
PAGE : 1

平成18年 7月 1日 ~ 平成18年 7月31日

請求額合計	81,400
入金額合計	64,895

利用者番号	利用者氏名	入金・請求年月日	区分	請求額	入金額	備考
0000000001	ひまわり 太郎	平成18年 7月31日	入金	0	2,125	
0000000001	ひまわり 太郎	平成18年 7月31日	請求	2,125	0	
0000000002	すみれ 花子	平成18年 7月31日	入金	0	3,320	
0000000002	すみれ 花子	平成18年 7月31日	請求	3,320	0	
0000000003	こすもす 一郎	平成18年 7月15日	入金	0	5,000	
0000000003	こすもす 一郎	平成18年 7月31日	入金	0	5,000	
0000000003	こすもす 一郎	平成18年 7月31日	請求	10,660	0	
0000000004	あさがお 秀雄	平成18年 7月15日	入金	0	3,000	不足分月末支払い
0000000004	あさがお 秀雄	平成18年 7月31日	入金	0	3,000	
0000000004	あさがお 秀雄	平成18年 7月31日	請求	5,990	0	
0000000005	いちよう 一男	平成18年 7月31日	入金	0	10,000	
0000000005	いちよう 一男	平成18年 7月31日	請求	10,790	0	
0000000006	たんぼぼ 正子	平成18年 7月31日	請求	4,000	0	
0000000007	なのはな 正夫	平成18年 7月31日	入金	0	3,320	
0000000007	なのはな 正夫	平成18年 7月31日	請求	3,320	0	
0000000008	あやめ 文子	平成18年 7月31日	入金	0	2,000	翌月繰越
0000000008	あやめ 文子	平成18年 7月31日	請求	1,700	0	
0000000009	あじさい 良夫	平成18年 7月31日	入金	0	10,790	
0000000009	あじさい 良夫	平成18年 7月31日	請求	10,790	0	
0000000010	ばんじー 良子	平成18年 7月 1日	入金	0	5,000	不足分月末支払い
0000000010	ばんじー 良子	平成18年 7月31日	入金	0	1,640	
0000000010	ばんじー 良子	平成18年 7月31日	請求	6,640	0	
0000000011	すずらん 次郎	平成18年 7月31日	請求	6,150	0	
0000000012	すいせん 幸子	平成18年 7月31日	請求	5,760	0	
0000000013	すいーとび 幸男	平成18年 7月 1日	入金	0	5,000	
0000000013	すいーとび 幸男	平成18年 7月31日	請求	600	0	
0000000013	すいーとび 幸男	平成18年 7月31日	請求	3,900	0	
0000000014	らべんだー 光子	平成18年 7月 1日	入金	0	2,000	
0000000014	らべんだー 光子	平成18年 7月31日	請求	1,955	0	
0000000015	つくし 昭一	平成18年 7月31日	入金	0	3,700	
0000000015	つくし 昭一	平成18年 7月31日	請求	3,700	0	

未収金残高一覧表

平成19年 1月17日
PAGE : 1

平成18年 7月 1日 ~ 平成18年 7月31日

利用者番号	利用者氏名	繰越残高	請求額	入金額	請求残高合計
0000000001	ひまわり 太郎	0	2,125	2,125	16,505
0000000002	すみれ 花子	0	3,320	3,320	0
0000000003	こずもす 一郎	0	10,660	10,000	660
0000000004	あさがお 秀雄	0	5,990	6,000	-10
0000000005	いちょう 一男	0	10,790	10,000	790
0000000006	たんぼぼ 正子	0	4,000	0	4,000
0000000007	なのはな 正夫	0	3,320	3,320	0
0000000008	あやめ 文子	0	1,700	2,000	-300
0000000009	あじさい 良夫	0	10,790	10,790	0
0000000010	ばんじー 良子	0	6,640	6,640	0
0000000011	すずらん 次郎	0	6,150	0	6,150
0000000012	すいせん 幸子	0	5,760	0	5,760
0000000013	すいーとぴ幸男	0	4,500	5,000	-500
0000000014	らべんだー光子	0	1,955	2,000	-45
0000000015	つくし 昭一	0	3,700	3,700	0
			81,400	64,895	16,505

居宅サービス利用料領収証

(平成28年11月分)

利用者氏名	介護 太郎 様	被保険者番号	211111111
費用負担者氏名	介護 夢三郎 様	続柄	長男
事業所名及び住所等	社団法人 コンダクト会 訪問リハビリテーション ラベンダー 石川県金沢市高尾台1-423 076-296-3330		
居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者名	居宅介護支援事業所コンダクト		
No.	サービス内容／種類	単価／単位	利用者負担額 (保険対象分)
①	訪問リハビリ自己負担分(介護) 1割		7,518 円
	訪問リハビリ 1	302	円
	訪問リハサービス提供体制加算	6	円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
No.	その他費用(保険給付対象外のサービス)	単価	利用者負担額
	交通費(介護)	800	800 円
			円
			円
			円
			円
			円
領収額(税込み)		領収年月日	
		8,318 円	
うち医療費控除の対象となる金額 (①)		7,518 円	

(注1)

領収証の再発行はできません。

(注2)

- 1 本様式例によらない領収証であっても、「居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名」と「医療費控除の対象となる金額」が記載されたものであれば差し支えありません。
 なお、利用者自ら居宅サービス計画を作成し、市町村に届出が受理されている場合には、居宅サービス事業者は、居宅介護支援事業者名の代わりに当該市町村名を記入してください。
- 2 サービス利用料が区分支給限度基準額又は種類支給限度基準額を超える部分の金額については、「その他費用(保険給付対象外サービス)」欄に記載してください。
- 3 訪問介護事業者にあつては、「うち医療費控除の対象となる金額」欄には、利用者負担額(保険対象分)のうち生活援助中心型に係る訪問介護以外のサービスに係る利用者負担額(保険対象分)の合計額を記載してください。
- 4 この領収証を発行する居宅サービス事業者が訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導通所リハビリテーション又は短期入所療養介護を提供している場合には、これらのサービスに係る利用料についてもあわせて記入してください。
- 5 医療費控除を受ける場合、この領収証を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。

■利用者名簿

該当件数 : 27件 利用区分 : 全登録者 利用者指定 : 無

利用者番号 被保険者番号	ヨミガナ 氏名	生年月日	性別	電話番号 1	住所	保険者番号	居宅介護／介護予防支援事業所
		年齢	郵便番号	電話番号 2		要介護度	認定有効期間
000000004 4567891234	アサガオ ヒデオ あさがお 秀雄	T11/12/13	男	03-1233-3456	東京都港区赤坂3-16-11	00131000	フラワー居宅介護支援事業所
		8 6 歳	〒107-0052			要介護 3	平成21年 4月 1日～平成21年 5月30日
000000009 9123456789	アジサイ ヨシオ あじさい 良夫	T 5/ 8/19	男	03-3456-4567	東京都世田谷区 5 7 8	00131000	お年寄り地域福祉支援センターこ...
		9 2 歳	〒111-1111			要支援 1	平成20年 1月 1日～平成21年10月31日
000000008 8912345678	アヤマ フミコ あやめ 文子	T10/10/10	女	03-5784-9382	東京都中野区 7 6 8	00131000	フラワー居宅介護支援事業所
		8 7 歳	〒111-1111			要介護 2	平成20年 9月 1日～平成21年 8月31日
000000005 5678912345	イチヨウ カズオ いちょう 一男	T 6/ 5/ 4	男	03-4433-1112	東京都目黒区 6 4 7 - 3 9	00131000	コンダクトケアプランセンター
		9 2 歳	〒147-8963			要介護 5	平成20年 1月 3日～平成22年 1月31日
000000019 9912345678	キキョウ タケシ ききょう 武司	T 5/ 7/ 3	男	03-1111-1111	東京都港区〇〇 1 8 - 1 1 - 9 8	00131000	地域包括支援センターやすらぎ
		9 2 歳	〒111-1111			要支援 2	平成21年 4月 1日～平成22年 3月31日
000000023 2312345678	キク マサシ きく 正史	T 6/ 3/12	男		東京都品川区 1 - 1 1 - 1	00131009	地域包括支援センターやすらぎ
		9 2 歳	〒111-1112			要支援 2	平成20年 4月 1日～平成22年 3月31日
000000018 1111111111	クローバー ジュンコ くろーばー 順子	T11/ 8/ 4	女	03-1234-1122	東京都港区〇〇 6 7 - 9 8	00131000	お年寄り地域福祉支援センターこ...
		8 6 歳	〒111-1111			要支援 2	平成21年 4月 1日～平成22年 3月31日
000000003 3456789123	コスモス イロウ こすもす 一郎	T 7/ 6/ 5	男	03-7867-9987	東京都板橋区 3 6 4 5	00131002	フラワー居宅介護支援事業所
		9 0 歳	〒123-1234			要介護 3	平成21年 1月 1日～平成21年12月31日
000000020 2012345678	サクラ アイコ さくら 愛子	T 2/ 8/16	女		東京都千代田区 1 2 - 1 2 1 - 1 1	00131010	ありまつ地域包括支援センター
		9 5 歳	〒123-1242			要支援 2	平成21年 4月 1日～平成22年 3月31日
000000013 3345678912	スイートピー サチ すいとぴー 幸男	T 5/ 6/30	男	03-3450-4567	東京都港区赤坂1-1-1	00131005	フラワー居宅介護支援事業所
		9 2 歳	〒107-0052			要介護 3	平成21年 4月 1日～平成22年 3月31日
000000012 2234567891	スイセン サチコ すいせん 幸子	T 5/ 7/21	女	03-3451-2345	東京都千代田区 1 2 - 1 2	00131010	フラワー居宅介護支援事業所
		9 2 歳	〒111-2222			要介護 1	平成20年 4月 1日～平成22年 3月31日
000000011 1123456789	スズラン ジョウ すずらん 次郎	T 9/11/ 8	男	03-1345-3464	東京都北区 1 2 - 2 3	00131001	コンダクトケアプランセンター
		8 8 歳	〒111-1111			要介護 2	平成20年 5月 1日～平成21年 6月30日
000000002 2345678912	スミレ ハナコ すみれ 花子	T 9/ 8/ 7	女	03-6726-2383	東京都杉並区阿佐谷北5-4-20	00131003	フラワー居宅介護支援事業所
		8 8 歳	〒166-0001			要介護 3	平成21年 2月 1日～平成22年 1月31日
000000029 1212343456	タンポポ スミヨ たんぽぽ 純代	S 8/ 1/17	女		東京都北区111-222	00131001	フラワー居宅介護支援事業所
		7 6 歳				要介護 2	平成18年 1月 1日～平成21年12月31日
000000006 6789123456	タンポポ マサコ たんぽぽ 正子	T10/ 9/ 8	女	03-1123-3453	東京都板橋区 3 4 5 - 2 2 1	00131002	フラワー居宅介護支援事業所
		8 7 歳	〒111-1111			要介護 3	平成20年 3月 1日～平成22年 2月20日

※介護保険証の情報は、「平成21年 5月」で最新の情報を記載しています。

■新利用者リスト

平成21年 5月20日
PAGE : 1

平成21年 4月 1日～平成21年 4月30日

該当件数 2

利用状況:延べ人数 生年月日の日:両方 月の指定:全て 住所の印刷:本人 住所の指定:無 保険証期限切れ指定:無 要介護度:全て

利用者番号	利用者氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要介護度	開始日	終了日	連絡者	続柄	緊急連絡先
0000000017	チュリップ タロウ ちゅーりっぷ 太郎	男	S13/ 8/13	70	石川県金沢市弓取町999	要介護 2	H21/ 4/ 1		ちゅーりっぷ 一平	長男	076-222-2222
0000000026	チュリップ ハコ ちゅーりっぷ 花子	女	S11/ 3/ 1	73	石川県金沢市弓取町999	要支援 2	H21/ 4/ 1		ちゅーりっぷ 一平	長男	076-222-2222

■利用者リスト

平成21年 5月20日

PAGE : 1

平成21年 4月 1日～平成21年 4月30日

該当件数 21

利用状況:延べ人数 生年月日の日:両方 月の指定:全て 住所の印刷:本人 住所の指定:無 保険証期限切れ指定:無 要介護度:全て

利用者番号	利用者氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要介護度	開始日	終了日	連絡者	続柄	緊急連絡先
0000000004	アサガオ ヒデオ あさがお 秀雄	男	T11/12/13	86	東京都港区赤坂3-16-11	要介護3	H18/ 1/ 1		あさがお 一郎	長男	03-1233-3456
0000000009	アジサイ ヨシオ あじさい 良夫	男	T 5/ 8/19	92	東京都世田谷区5 7 8	要支援1	H18/ 1/ 1				
0000000008	アヤマ フミコ あやめ 文子	女	T10/10/10	87	東京都中野区7 6 8	要介護2	H18/ 1/ 1		あやめ 一平	長男	03-5784-9382
0000000005	イチヨウ カズオ いちよう 一男	男	T 6/ 5/ 4	91	東京都目黒区6 4 7 - 3 9	要介護5	H18/ 1/ 5		いちよう 牛子	妻	03-4433-1112
0000000019	キキョウ タケシ ききょう 武司	男	T 5/ 7/ 3	92	東京都港区〇〇1 8 - 1 1 - 9 8	要支援2	H18/ 4/ 1		ききょう 洋平	次男	03-1111-1111
0000000023	キク マサシ きく 正史	男	T 6/ 3/12	92	東京都品川区1 - 1 1 - 1	要支援2	H18/ 4/ 1		きく 昌美	嫁	
0000000018	クロハバ ジュンコ くろーばー 順子	女	T11/ 8/ 4	86	東京都港区〇〇6 7 - 9 8	要支援2	H19/ 4/ 1		くろーばー 太郎	長男	03-1234-1122
0000000003	コスモス イロウ こすもす 一郎	男	T 7/ 6/ 5	90	東京都板橋区3 6 4 5	要介護3	H18/ 1/ 1		こすもす 洋子	嫁	03-7867-9987
0000000020	サクラ アイコ さくら 愛子	女	T 2/ 8/16	95	東京都千代田区1 2 - 1 2 1 - 1 1	要支援2	H18/ 4/ 1				
0000000013	スイトピー サオ すいとぴー 幸男	男	T 5/ 6/30	92	東京都港区赤坂1-1-1	要介護3	H18/ 1/ 1				
0000000012	スイセン サチ すいせん 幸子	女	T 5/ 7/21	92	東京都千代田区1 2 - 1 2	要介護1	H18/ 1/ 1				
0000000011	スズラン ジョウ すずらん 次郎	男	T 9/11/ 8	88	東京都北区1 2 - 2 3	要介護2	H18/ 1/ 1				
0000000002	スミレ ハコ すみれ 花子	女	T 9/ 8/ 7	88	東京都杉並区阿佐谷北5- 4-20	要介護3	H20/ 2/ 1		すみれ 洋平	次男	03-6726-2383
0000000006	タンポポ マサコ たんぽぽ 正子	女	T10/ 9/ 8	87	東京都板橋区3 4 5 - 2 2 1	要介護3	H18/ 1/ 1				
0000000015	ツクシ ショウイチ つくし 昭一	男	T 4/11/25	93	東京都杉並区3 4 - 2 3 - 1	要介護4	H18/ 1/ 1		つくし 平一	長男	03-3442-1123
0000000021	ツバキ サブロー つばき 三郎	男	T 5/ 2/10	93	東京都品川区1 2 - 1 1 1 - 1 2 3 3	要支援1	H18/ 4/ 1				
0000000007	ナノハ マサオ なのはな 正夫	男	T 8/ 5/ 2	89	東京都品川区1 2 - 1 - 1	要介護5	H18/ 1/ 1				

■利用終了者リスト

平成21年 5月20日
PAGE : 1

平成21年 4月 1日～平成21年 4月30日

該当件数 2

利用状況:延べ人数 生年月日の日:両方 月の指定:全て 住所の印刷:本人 住所の指定:無 保険証期限切れ指定:無 要介護度:全て

利用者番号	利用者氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要介護度	開始日	終了日	連絡者	続柄	緊急連絡先
0000000014	ラベンダー ミコ らべんだー 光子	女	T 9/ 1/31	89	東京都港区〇〇	要介護3	H18/ 1/ 1	H21/ 4/30			
0000000022	ユキヨ ゆり 君子	女	T 8/10/ 1	89	東京都北区5-65-1	要介護1	H18/ 4/ 1	H21/ 4/30			

■居宅サービス開始・中止リスト

平成21年 5月21日
PAGE : 1

平成21年 4月 1日～平成21年 4月30日

該当件数 24

利用状況:延べ人数 生年月日の日:両方 月の指定:全て 住所の印刷:本人 住所の指定:無 保険証期限切れ指定:無 要介護度:全て

利用者番号	利用者氏名	性別	生年月日	年齢	住所	要介護度	開始日	終了日	中止の理由
0000000004	アサガオ ヒデオ あさがお 秀雄	男	T11/12/13	86	東京都港区赤坂3-16-11	要介護3	H18/ 4/ 1		
0000000005	イチョウ カズオ いちょう 一男	男	T 6/ 5/ 4	91	東京都目黒区6 4 7 - 3 9	要介護5	H18/ 4/ 1		
0000000019	キョウ タシ ききょう 武司	男	T 5/ 7/ 3	92	東京都港区〇〇1 8 - 1 1 - 9 8	要支援2	H18/ 6/ 1		
0000000023	キク マサ きく 正史	男	T 6/ 3/12	92	東京都品川区1 - 1 1 - 1	要支援2	H18/ 4/ 1		
0000000018	クロハル シュンコ くろーばー 順子	女	T11/ 8/ 4	86	東京都港区〇〇6 7 - 9 8	要支援2	H18/ 5/ 1		
0000000003	コスモス イロウ こすもす 一郎	男	T 7/ 6/ 5	90	東京都板橋区3 6 4 5	要介護3	H21/ 3/ 1		
0000000012	スイセン サチ すいせん 幸子	女	T 5/ 7/21	92	東京都千代田区1 2 - 1 2	要介護1	H18/ 7/ 1		
0000000011	スズラン ジロウ すずらん 次郎	男	T 9/11/ 8	88	東京都北区1 2 - 2 3	要介護2	H18/ 8/ 1		
0000000002	スミレ ハコ すみれ 花子	女	T 9/ 8/ 7	88	東京都杉並区阿佐谷北5- 4-20	要介護3	H18/ 4/ 1		
0000000029	タンボホ スミヨ たんぼぼ 純代	女	S 8/ 1/17	76	東京都北区111-222	要介護2	H21/ 4/ 1		
0000000006	タンボホ マサコ たんぼぼ 正子	女	T10/ 9/ 8	87	東京都板橋区3 4 5 - 2 2 1	要介護3	H18/ 4/ 1		
0000000015	ツクシ ショウイチ つくし 昭一	男	T 4/11/25	93	東京都杉並区3 4 - 2 3 - 1	要介護4	H18/ 5/ 1		
0000000021	ツバキ サブロー つばき 三郎	男	T 5/ 2/10	93	東京都品川区1 2 - 1 1 1 - 1 2 3 3	要支援1	H18/ 5/ 1		
0000000026	ナカシマ ヨウヘイ なかしま 洋平	男	S40/ 1/ 1	44	石川県金沢市弓取町1		H19/10/ 1		
0000000007	ナノハ マサオ なのはな 正夫	男	T 8/ 5/ 2	89	東京都品川区1 2 - 1 - 1	要介護5	H18/ 4/ 1		
0000000007	ナノハ マサオ なのはな 正夫	男	T 8/ 5/ 2	89	東京都品川区1 2 - 1 - 1	要介護5	H20/ 2/ 1		
0000000025	バラ ヒデアキ ばら 英樹	男	T 4/ 6/19	93	東京都港区〇〇3 - 1 - 1	要支援2	H18/ 4/ 1		

申請中利用者リスト

平成19年 1月17日 17:55 現在

申請中利用者 6 名

利用者番号	利用者氏名	認定有効期間	申請中
0000000005	いちょう 一男	平成18年 1月 3日 ~ 平成20年 1月31日	
0000000006	たんぽぽ 正子	平成18年 3月 1日 ~ 平成20年 2月20日	
0000000007	なのはな 正夫	平成18年 4月 1日 ~ 平成20年 3月31日	
0000000008	あやめ 文子	平成18年 2月 1日 ~ 平成20年 1月31日	
0000000016	もみじ 弘子	平成18年 4月 1日 ~ 平成20年 8月31日	
0000000023	きく 正史	平成18年 7月 1日 ~ 平成20年 3月31日	

地区別利用者リスト

平成19年 1月17日
PAGE : 1/1

期間：平成18年 7月 1日～平成18年 7月31日 該当件数：11件 登録区分：期間登録者（介護保険） 介護/予防区分：全て 利用者指定：無

市町村	No	利用者番号 利用者氏名	性別	郵便番号	住所	被保険者番号	保険者番号	特 地
			年齢	電話番号		要介護度	保険者名	
東京都港区	1	0000000014 らべんだー 光子	女	03 -3459 -1112	東京都港区	4412345678	00131000	
			86歳			要介護3	港区	
東京都板橋区	1	0000000001 ひまわり 太郎	男	03 -5545 -3456	東京都板橋区 8 9 0 - 1	1234567891	00131002	
			86歳			要介護3	板橋区	
	2	0000000003 こすもす 一郎	男	03 -7867 -9987	東京都板橋区 3 6 4 5	3456789123	00131002	
			88歳			要介護3	板橋区	
3	0000000006 たんぽぽ 正子	女	03 -1123 -3453	東京都板橋区 3 4 5 - 2 2 1	6789123456	00131002		
		84歳			要介護1	板橋区		
4	0000000016 もみじ 弘子	女	03 -2341 -1111	東京都板橋区 3 4 - 1 1 - 1 2	6612345678	00131002		
		88歳			要介護4	板橋区		
東京都杉並区	1	0000000002 すみれ 花子	女	〒133 -4444	東京都杉並区 1 2 - 4 5	2345678912	00131003	
			85歳	03 -6726 -2383		要介護2	杉並区	
東京都中野区	1	0000000008 あやめ 文子	女	03 -5784 -9382	東京都中野区 7 6 8	8912345678	00131004	
			84歳			要介護3	中野区	
東京都世田谷区	1	0000000009 あじさい 良夫	男	03 -3456 -4567	東京都世田谷区 5 7 8	9123456789	00131006	
			89歳			要介護4	世田谷区	
東京都目黒区	1	0000000005 いちょう 一男	男	〒147 -8963	東京都目黒区 6 4 7 - 3 9	5678912345	00131007	
			89歳	03 -4433 -1112		要介護5	目黒区	
東京都品川区	1	0000000004 あさがお 秀雄	男	〒123 -8888	東京都品川区 1 2 3 - 1 1 2	4567891234	00131009	
			83歳	03 -1233 -3456		要介護2	品川区	
	2	0000000007 なのはな 正夫	男	03 -2345 -2334	東京都品川区 1 2 - 1 - 1	7891234567	00131009	
			87歳			要介護5	品川区	

利用者別金融機関リスト

平成19年 1月17日
PAGE : 1

平成18年 4月 1日 ~ 平成18年12月31日

該当件数:15件

利用者番号:無

ヨミガナ:無

氏名:無

性別:全部

登録区分:期間利用者(介護保険)

金融機関選択:無

利用者番号	利用者氏名 預金者名	金融機関コード	金融機関名	支店コード	支店名	預金種別	口座番号
0000000001	ひまわり 太郎 ヒマリ ハコ	0123	大東銀行	111	東京支店	普通預金	1554164
0000000002	すみれ 花子 スミレ ミドリ	0321	東西銀行	112	東京支店	普通預金	789416
0000000003	こすもす 一郎 コスモス イチウ	0511	フラワー信金	573	神奈川支店	普通預金	4645161
0000000004	あさがお 秀雄 アサガオ ヒデオ	0124	南北銀行	579	東海支店	普通預金	4561645
0000000005	いちよう 一男 イチヨウ トシキ	0153	城南銀行	533	築地支店	普通預金	1561461
0000000006	たんぼぼ 正子 タンボボ マサエ	0124	南北銀行	446	北陸支店	普通預金	4561356
0000000007	なのはな 正夫 ナノハナ マサオ	0153	城南銀行	543	大手町支店	普通預金	4556561
0000000008	あやめ 文子 アヤメ フミコ	0153	城南銀行	533	築地支店	普通預金	4153142
0000000009	あじさい 良夫 アジサイ リョウヂ	0153	城南銀行	159	東京支店	普通預金	1513410
0000000010	ばんじー 良子 バンジー リョウジ	0526	そよかぜ信金	789	大阪支店	普通預金	5641646
0000000011	すずらん 次郎 スズラン ジョウ	0526	そよかぜ信金	154	東京支店	普通預金	4853178
0000000014	らべんだー 光子 ラベンダー ミチコ	0511	フラワー信金	573	神奈川支店	普通預金	7871891
0000000015	つくし 昭一 ツクシ ショウイチ	0124	南北銀行	579	東海支店	普通預金	4158389
0000000016	もみじ 弘子 モミジ ヒロコ	0321	東西銀行	657	横浜支店	普通預金	7818974
0000000017	ふりーじあ 正三 フリージア トシキ	0123	大東銀行	555	福岡支店	普通預金	4156418

■居宅介護支援事業所リスト

平成21年 5月21日
PAGE: 1 / 2

年月：平成21年 5月

合計	事業所件数 6件	利用者延べ人数 25人
----	-------------	----------------

事業所番号 事業所名	利用者番号	利用者名	被保険者No.	要介護度	
1111111111 フラワー居宅介護支援事業所	0000000001	ひまわり 太郎	1234567891	要介護4	
	0000000002	すみれ 花子	2345678912	要介護3	
	0000000003	こすもす 一郎	3456789123	要介護3	
	0000000004	あさがお 秀雄	4567891234	要介護3	
	0000000005	いちよう 一男	5678912345	要介護5	
	0000000006	たんぼぼ 正子	6789123456	要介護3	
	0000000007	なのはな 正夫	7891234567	要介護5	
	0000000008	あやめ 文子	8912345678	要介護2	
	0000000010	ばんじー 良子	1234567899	要介護2	
	0000000012	すいせん 幸子	2234567891	要介護1	
	0000000013	すいーとびー 幸男	3345678912	要介護3	
	0000000015	つくし 昭一	5551234567	要介護4	
	0000000016	もみじ 弘子	6612345678	要介護4	
	0000000017	ふりーじあ 正三	7712345678	要介護1	
	0000000022	ゆり 君子	2212345678	要介護1	
	合計	15人			
	1111155555 コンダクトケアプラセンター	0000000011	すずらん 次郎	1123456789	要介護2
合計		1人			
1700100173 お年寄り地域福祉支援センターこんだくと	0000000009	あじさい 良夫	9123456789	要支援1	
	0000000018	くろーばー 順子	1111111111	要支援2	
合計	2人				
2020202020 地域包括支援センターやすらぎ	0000000019	ききょう 武司	9912345678	要支援2	
	0000000023	きく 正史	2312345678	要支援2	
	0000000024	ぼたん 明子	2412345678	要支援2	
	0000000025	ばら 英樹	2512345678	要支援2	
	合計	4人			

■利用者別利用状況リスト

平成21年 5月26日
PAGE : 1/1

期間：平成21年 5月 1日～平成21年 5月31日 該当件数：1件 検索元：介護予定実績 介護/予防区分：全て 利用者指定：無

予定(実績)

総計	利用実人数	利用日数	利用回数	全利用時間	利用平均時間
	1人 (1人)	16日 (16日)	24回 (24回)	7 : 36 (7 : 36)	0 : 19 (0 : 19)

らべんだー 光子

利用者番号：0000000014 被保険者番号：4412345678 要介護度：要介護3

合計	利用日数	利用回数	全利用時間	利用平均時間
	16日 (16日)	24回 (24回)	7 : 36 (7 : 36)	0 : 19 (0 : 19)

※「区分」：介=介護、予=予防、¥=全額自己負担、そ=その他

予定				
No	利用日	利用時間	区分	サービス内容
1	H21/ 5/ 4	09 : 00～09 : 19	介	
2	H21/ 5/ 4	09 : 20～09 : 39	介	
3	H21/ 5/ 5	09 : 00～09 : 19	介	
4	H21/ 5/ 6	09 : 00～09 : 19	介	
5	H21/ 5/ 6	09 : 20～09 : 39	介	
6	H21/ 5/ 7	09 : 00～09 : 19	介	
7	H21/ 5/11	09 : 00～09 : 19	介	
8	H21/ 5/11	09 : 20～09 : 39	介	
9	H21/ 5/12	09 : 00～09 : 19	介	
10	H21/ 5/13	09 : 00～09 : 19	介	
11	H21/ 5/13	09 : 20～09 : 39	介	
12	H21/ 5/14	09 : 00～09 : 19	介	
13	H21/ 5/18	09 : 00～09 : 19	介	
14	H21/ 5/18	09 : 20～09 : 39	介	
15	H21/ 5/19	09 : 00～09 : 19	介	
16	H21/ 5/20	09 : 00～09 : 19	介	
17	H21/ 5/20	09 : 20～09 : 39	介	
18	H21/ 5/21	09 : 00～09 : 19	介	
19	H21/ 5/25	09 : 00～09 : 19	介	
20	H21/ 5/25	09 : 20～09 : 39	介	
21	H21/ 5/26	09 : 00～09 : 19	介	
22	H21/ 5/27	09 : 00～09 : 19	介	
23	H21/ 5/27	09 : 20～09 : 39	介	
24	H21/ 5/28	09 : 00～09 : 19	介	

実績				
No	利用日	利用時間	区分	サービス内容
1	H21/ 5/ 4	09 : 00～09 : 19	介	
2	H21/ 5/ 4	09 : 20～09 : 39	介	
3	H21/ 5/ 5	09 : 00～09 : 19	介	
4	H21/ 5/ 6	09 : 00～09 : 19	介	
5	H21/ 5/ 6	09 : 20～09 : 39	介	
6	H21/ 5/ 7	09 : 00～09 : 19	介	
7	H21/ 5/11	09 : 00～09 : 19	介	
8	H21/ 5/11	09 : 20～09 : 39	介	
9	H21/ 5/12	09 : 00～09 : 19	介	
10	H21/ 5/13	09 : 00～09 : 19	介	
11	H21/ 5/13	09 : 20～09 : 39	介	
12	H21/ 5/14	09 : 00～09 : 19	介	
13	H21/ 5/18	09 : 00～09 : 19	介	
14	H21/ 5/18	09 : 20～09 : 39	介	
15	H21/ 5/19	09 : 00～09 : 19	介	
16	H21/ 5/20	09 : 00～09 : 19	介	
17	H21/ 5/20	09 : 20～09 : 39	介	
18	H21/ 5/21	09 : 00～09 : 19	介	
19	H21/ 5/25	09 : 00～09 : 19	介	
20	H21/ 5/25	09 : 20～09 : 39	介	
21	H21/ 5/26	09 : 00～09 : 19	介	
22	H21/ 5/27	09 : 00～09 : 19	介	
23	H21/ 5/27	09 : 20～09 : 39	介	
24	H21/ 5/28	09 : 00～09 : 19	介	

利用者別月間予定実績状況表

平成21年 5月26日
PAGE : 1/1

年月：平成21年 5月 該当件数：10件 介護/予防区分：介護 利用者指定：無

¥=全額自己負担（実績単位数）

利用者番号/被保険者番号 利用者氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計		集計 済み	
	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	回	単位数		
000000001/1234567891 ひまわり 太郎	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			22	6842	○
	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			22	6842	
000000006/6789123456 たんぽぽ 正子					2	2	2					2	2	2					2	2	2						2	2	2				24	7464	○
					2	2	2					2	2	2					2	2	2						2	2	2				24	7464	
000000007/7891234567 なのはな 正夫				2	2		2				2	2		2					2	2		2				2	2		2			24	7464	○	
				2	2		2				2	2		2					2	2		2				2	2		2			24	7464		
000000010/1234567899 ばんじー 良子	1			2	2	2	1	1			2	2	2	1	1				2	2	2	1	1			2	2	2	1	1			33	10263	○
	1			2	2	2	1	1			2	2	2	1	1				2	2	2	1	1			2	2	2	1	1			33	10263	
000000014/4412345678 らべんだー 光子				2	1	2	1				2	1	2	1					2	1	2	1				2	1	2	1				24	7464	○
				2	1	2	1				2	1	2	1					2	1	2	1				2	1	2	1				24	7464	
000000015/5551234567 つくし 昭一	2			2	2		2	2			2	2		2	2				2	2		2	2			2	2		2	2			34	10574	○
	2			2	2		2	2			2	2		2	2				2	2		2	2			2	2		2	2			34	10574	
000000016/6612345678 もみじ 弘子	1				2	2	1						2	2	1						2	2	1					2	2	1			21	6531	○
	1				2	2	1						2	2	1						2	2	1					2	2	1			21	6531	
000000017/7712345678 ふりーじあ 正三				2	2						2	2							2	2						2	2						16	4976	○
				2	2						2	2							2	2						2	2						16	4976	
000000022/2212345678 ゆり 君子				2	1		2				2	1		2					2	1		2				2	1		2				20	6220	○
				2	1		2				2	1		2					2	1		2				2	1		2				20	6220	
000000026/1212343456 たんぽぽ 純代	2			2		2		2			2		2		2				2		2		2			2		2		2			26	8086	○
	2			2		2		2			2		2		2				2		2		2			2		2		2			26	8086	

※中山間地域等提供加算を算定する場合の単位数は概算となります

東京都板橋区 8 9 0 - 1

ひまわり 太郎 様
000000001

1 3 3 - 4 4 4 4
東京都杉並区 1 2 - 4 5

すみれ 花子 様
000000002

東京都板橋区 3 6 4 5

こすもす 一郎 様
000000003

1 2 3 - 8 8 8 8
東京都品川区 1 2 3 - 1 1 2

あさがお 秀雄 様
000000004

1 4 7 - 8 9 6 3
東京都目黒区 6 4 7 - 3 9

いちょう 一男 様
000000005

東京都板橋区 3 4 5 - 2 2 1

たんぽぽ 正子 様
000000006

東京都品川区 1 2 - 1 - 1

なのはな 正夫 様
000000007

東京都中野区 7 6 8

あやめ 文子 様
000000008

東京都世田谷区 5 7 8

あじさい 良夫 様
000000009

東京都品川区 6 5 7 - 4 5 8

ぱんじー 良子 様
000000010

東京都北区 1 2 - 2 3

すずらん 次郎 様
000000011

東京都千代田区 1 2 - 1 2

すいせん 幸子 様
000000012

東京都練馬区 4 5 6 - 1

すいーとぴー 幸男 様
000000013

東京都港区

らべんだー 光子 様
000000014

東京都杉並区 3 4 - 2 3 - 1

つくし 昭一 様
000000015

東京都板橋区 3 4 - 1 1 - 1 2

もみじ 弘子 様
000000016

東京都北区 1 - 1 1 - 1 1 1

ふりーじあ 正三 様
000000017

東京都港区 6 7 - 9 8

くろーばー 順子 様
000000018

東京都港区 1 8 - 1 1 - 9 8

ききょう 武司 様
000000019

東京都千代田区 1 2 - 1 2 1 - 1
1

さくら 愛子 様
000000020

日 報

平成28年11月14日 月曜日 天候 (晴れ)

勤務者名	藤田 和夫、高島 綾子、藤田 和夫、山中 忠志、四十万 絹江、中山 和子、山崎 久子、横浜 隆、横山 国男、石川 はなこ								
休暇者名	木村 由紀子								
研修者名	山本 和夫								
件数	9件	今月累計件数	130件	開始件数	終了件数	時間	2 : 51	今月累計時間	41 : 10

面接相談	なし				
0件					
電話相談	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所〇〇〇のケアマネより連絡あり。 ⇒ うちよう孝雄様のサービス提供についての相談。 ⇒ 介護保険証は申請中。2週間ほどで交付される予定。 ⇒ サービスの実施は可能か？ TEL：090-xxxx-xxxxまで連絡。 				
1件					
行事研修					
業務連絡	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者〇〇様のご家族より連絡あり。 ⇒ 来週11/〇 訪問の際に相談したいことがある。（担当：藤田さんに申し送り） 				

■公費負担者別リスト

平成21年 5月26日

PAGE 1/1

平成21年 5月～平成21年 5月（サービス実施年月）

集計サービス： 14：訪問リハビリテーション

件数合計	単位数合計	公費請求額合計
2	11,196	11,196

公費負担者番号 公費名称	公費受給者 番号	利用者番号	氏名	被保険者番号	要介護度	単位数	費用合計	公費請求額
12333333 生保	1211111	0000000017	ふりーじあ 正三	7712345678	要介護1	4,976	49,760	4,976
	合計	(件数)	1件)			4,976		4,976
51254166 特定疾患（治療研究）	4141311	0000000022	ゆり 君子	2212345678	要介護1	6,220	62,200	6,220
	合計	(件数)	1件)			6,220		6,220

■保険者別リスト

平成21年 5月26日

PAGE 1/1

平成21年 5月～平成21年 5月 (サービス実施年月)

集計サービス: 14: 訪問リハビリテーション

件数合計	単位数合計	費用合計	保険請求額 合計	公費請求額 合計	自己負担額 合計
9	69,353	693,530	624,177	11,196	58,157

保険者番号 保険者名	利用者番号	被保険者番号	氏 名	要介護度	限度額管理 対象単位数	単位数	費用合計	保険請求額	公費請求額	自己負担額
00131000 港区	0000000001	1234567891	ひまわり 太郎	要介護 4	6,842	6,842	68,420	61,578	0	6,842
	0000000014	4412345678	らべんだー 光子	要介護 3	7,464	7,464	74,640	67,176	0	7,464
	合 計 (件数 2件)						14,306	143,060	128,754	0
00131001 北区	0000000017	7712345678	ふりーじあ 正三	要介護 1	4,976	4,976	49,760	44,784	4,976	0
	0000000022	2212345678	ゆり 君子	要介護 1	6,220	6,220	62,200	55,980	6,220	0
	0000000026	1212343456	たんぼぼ 純代	要介護 2	8,086	8,086	80,860	72,774	0	8,086
	合 計 (件数 3件)						19,282	192,820	173,538	11,196
00131002 板橋区	0000000006	6789123456	たんぼぼ 正子	要介護 3	7,464	7,464	74,640	67,176	0	7,464
	合 計 (件数 1件)					7,464	74,640	67,176	0	7,464
00131003 杉並区	0000000015	5551234567	つくし 昭一	要介護 4	10,574	10,574	105,740	95,166	0	10,574
	合 計 (件数 1件)					10,574	105,740	95,166	0	10,574
00131009 品川区	0000000007	7891234567	なのはな 正夫	要介護 5	7,464	7,464	74,640	67,176	0	7,464
	0000000010	1234567899	ばんじー 良子	要介護 2	10,263	10,263	102,630	92,367	0	10,263
	合 計 (件数 2件)						17,727	177,270	159,543	0

■介護給付費内訳状況推移表

平成21年 5月26日

平成21年 5月～平成21年 5月（サービス実施年月）

集計サービス： 14：訪問リハビリテーション

PAGE 1/1

H21/ 5						合計回数	単 位	単位数単価	金 額
446回						446回	69,353単位	10.00円	693,530円

項 目 名	H21/ 5					合計回数	単 位	単位数単価	金 額
訪問リハビリ 1	223回					223回	68,015単位	10.00円	680,150円
訪問リハサービス提供体制加算	223回					223回	1,338単位	10.00円	13,380円

■サービス内容別要介護度別状況表

平成30年12月17日

PAGE 1/2

平成27年 4月～平成30年12月（サービス実施年月）

集計サービス： 14:訪問リハビリテーション

<総合計> ※単位数単価 10.17/10.83(平成30年 4月～)

要介護度	介護保険				生保単独				合計			
	件数	実人数	単位数	金額	件数	実人数	単位数	金額	件数	実人数	単位数	金額
事業対象者	()	()	()	()								
要支援1	()	()	()	()								
要支援2	()	()	()	()								
支/経過	()	()	()	()								
要介護1	()	()	()	()								
要介護2	()	()	()	()								
要介護3	2()	1()	7,680()	82,576()					2	1	7,680	82,576
要介護4	()	()	()	()								
要介護5	()	()	()	()								
合計	2()	1()	7,680()	82,576()					2	1	7,680	82,576

※ ()の値は公費併用の件数・単位

コード コード内容	要介護度	介護保険			生保単独			合計		
		件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数
142111 訪問リハビリ 1	事業対象者	()	()	()						
	要支援1	()	()	()						
	要支援2	()	()	()						
	支/経過	()	()	()						
	要介護1	()	()	()						
	要介護2	()	()	()						
	要介護3	2()	1()	7,866()				2	1	7,866
	要介護4	()	()	()						
	要介護5	()	()	()						
合計	2()	1()	7,866()				2	1	7,866	
144111 訪問リハ同一建物減算 1	事業対象者	()	()	()						
	要支援1	()	()	()						
	要支援2	()	()	()						
	支/経過	()	()	()						
	要介護1	()	()	()						
	要介護2	()	()	()						
	要介護3	1()	1()	-696()				1	1	-696
	要介護4	()	()	()						
	要介護5	()	()	()						
合計	1()	1()	-696()				1	1	-696	

※ ()の値は公費併用の件数・単位

■サービス内容別要介護度別状況表

平成30年12月17日

PAGE 2/2

平成27年 4月～平成30年12月（サービス実施年月）

集計サービス： 14:訪問リハビリテーション

コード コード内容	要介護度	介護保険			生保単独			合計		
		件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数	件数	実人数	単位数
145004 訪問リハマネジメント加 算 I	事業対象者	()	()	()						
	要支援 1	()	()	()						
	要支援 2	()	()	()						
	支/経過	()	()	()						
	要介護 1	()	()	()						
	要介護 2	()	()	()						
	要介護 3	1()	1()	230()				1	1	230
	要介護 4	()	()	()						
	要介護 5	()	()	()						
	合 計	1()	1()	230()				1	1	230
146110 訪問リハ社会参加支援加 算	事業対象者	()	()	()						
	要支援 1	()	()	()						
	要支援 2	()	()	()						
	支/経過	()	()	()						
	要介護 1	()	()	()						
	要介護 2	()	()	()						
	要介護 3	1()	1()	136()				1	1	136
	要介護 4	()	()	()						
	要介護 5	()	()	()						
	合 計	1()	1()	136()				1	1	136
146101 訪問リハサービス提供体 制加算	事業対象者	()	()	()						
	要支援 1	()	()	()						
	要支援 2	()	()	()						
	支/経過	()	()	()						
	要介護 1	()	()	()						
	要介護 2	()	()	()						
	要介護 3	1()	1()	144()				1	1	144
	要介護 4	()	()	()						
	要介護 5	()	()	()						
	合 計	1()	1()	144()				1	1	144

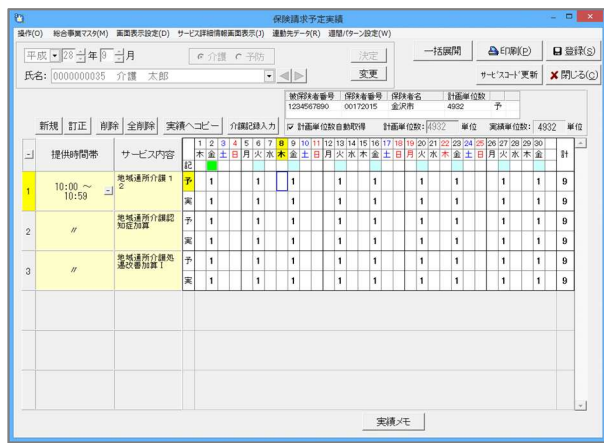
※ ()の値は公費併用の件数・単位

Flowers^{NEXT}の主な特徴

POINT 1

予定・実績が別管理。

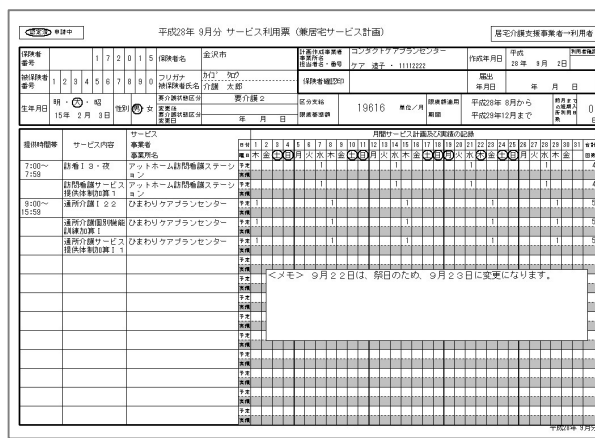
介護サービス業務の予定と実績が別管理できます。介護の現場にあわせた仕様で入力のストレスがありません。



POINT 2

書類作成・管理がラク。

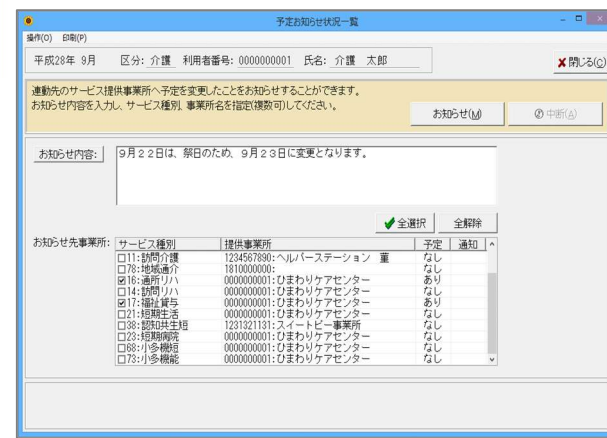
利用票、提供票や実績報告書の機能も充実。作成履歴が残るので管理がらくらく。メモを表示して印刷することも可能です。



POINT 3

お知らせ機能付き。

ケアマネージャーとサービス担当者間の連絡をかんたん・確実に。予定変更などを通知できるお知らせ機能があります。



Flowers^{NEXT} 動作環境

動作要件	
OS	Microsoft Windows 10※、Microsoft Windows 8.1※
CPU	Intel Core i シリーズ 2.4GHz（または相当品）以上を推奨
メモリ	4GB 以上
HDD の空き容量	10GB 以上
ディスクドライブ	DVDスーパーマルチドライブを推奨

※Microsoft Windows は米国 Microsoft Corporation の登録商標です。

Flowers^{NEXT} ラインナップ

居宅介護支援事業者	居宅介護支援事業者システム	ひまわり	居宅サービス	小規模多機能型居宅介護システム	ききょう& ききょう Plan
		ひまわり Lite			
居宅アセスメント	MDS-HC 方式	いちょう	居宅サービス	看護小規模多機能型居宅介護システム	ききょうⅡ & ききょう Plan
	居宅サービス計画ガイドライン方式	パンジー			
居宅サービス	訪問介護システム	すみれ	入所施設	介護老人保健施設システム	たんぼぼ
	訪問看護システム	コスモス		介護福祉施設システム	なのはなⅠ
	訪問入浴システム	すいせん		地域密着型介護福祉施設システム	なのはなⅡ
	訪問リハビリシステム	ラベンダー		介護療養型医療システム	フリージア
	福祉用具貸与システム	つくし		介護医療院システム	サルビア
	居宅療養管理指導システム	もみじ		グループホームシステム	スイートピーⅡ
	通所介護システム	あさがおⅠ		特定施設システム	クローバーⅠ
	認知症対応型通所介護システム	あさがおⅡ		地域密着型特定施設システム	クローバーⅡ
	通所リハビリシステム	あやめ	施設アセスメント	MDS-RAPs 方式	あじさい
				包括的自立支援プログラム方式	すずらん

※すべてのシステムでデータ共有が可能です。

開発・製造・販売

conduct 株式会社 **コンダクト**

〒921-8155

石川県金沢市高尾台 1 丁目 423 番地

TEL:076-296-3330 FAX:076-296-3339

URL: <https://www.conduct.co.jp/>



0120-536-651

取り扱い会社