

訪問マンツーマン運動指導 説明書

この書面により、麻痺肩ペインリハ が実施する訪問マンツーマン運動指導の内容や条件を説明します。説明を受けた上で、実施するかの判断をして下さい。

1. 内容

- ・リラクゼーションやストレッチ、ファシリテーション、姿勢・歩行指導、自主トレーニング指導(以下：自主トレ指導)等、お客様のご希望、状況に合わせて実施します。
- ・麻痺肩ペインリハ のセラピストが、お申込みごとにご自宅に訪問して運動指導・自主トレ指導を実施します。

2. 条件

1に記載した内容を了承、ご協力頂けることを条件に、マンツーマン運動指導をお受け頂けます。

3. 目的

現在お持ちの症状や、目標とする動作について、麻痺肩ペインリハ のセラピストがサポートします。症状の緩和や、日常生活・目標とする動作の広がりが期待できます。ただし必ず結果を保証するものではありません。

4. 実施されるサービス

お客様のお身体の状態を確認後、お客様に必要なマンツーマン運動指導を実施します。

5. 指導時間

原則として訪問運動指導 60分を実施します。初回のみ 70分を実施します。

6. 予測されるリスクと対応

・お客様によっては体調不良や、疼痛の増悪がみられる可能性があります。当日、体調が悪い場合、または合併症や医師からの禁忌事項などがある場合は、必ず申し出るものとします。さらに、以下の〔適応外の方〕は、麻痺肩ペインリハ の対象となりませんので、必ず申し出るものとします。申し出のなかった場合には 麻痺肩ペインリハ は何らの責任を負いません。

〔適応外の方〕

脳梗塞・脳出血の半身麻痺による肩・腕の痛みではない方。

リウマチなどの、別の痛みの原因となる疾患をお持ちの方。

腕の骨折などの整形疾患による痛みが、元々ある方。

脳梗塞・脳出血を発症される前から痛みのある方。

7. 個人情報の取り扱い

麻痺肩ペインリハ は「個人情報保護に関する法律」に基づき、お客様の個人情報を適正に管理し保護に努めます。

8. 秘密保持

- ・お客様は本件マンツーマン運動指導により知り得た 麻痺肩ペインリハ のノウハウその他の情報を一切他に漏らさず秘密を保持するものとします。
- ・お客様は 麻痺肩ペインリハ のセラピストに関する個人情報を外部に流出することも禁止されます。

9. 契約の終了・中止（有効期限）

本件マンツーマン運動指導の契約に有効期限はなく、お申し込みを頂けば、期間が空いていても、ご利用いただけます。契約の終了をご希望の場合は、ご相談の元、双方の同意の上に決定します。

10. 暴力団関係者でないことの表明保証

麻痺肩ペインリハ 及びお客様は、それぞれ自らが暴力団関係者、反社会的勢力に該当しないことを保証します。

11. 未成年者

未成年者は単独では本件マンツーマン運動指導への申込みができません。親権者などの法定代理人による同意が必要となります。

単独で申し込む場合、お客様は未成年者ではないことを表明保証します。

12. 免責事項

麻痺肩ペインリハ は理学療法士・作業療法士のチェック下において、訪問マンツーマン運動指導を実施いたします。万が一、マンツーマン運動指導中・指導後および自主トレ中にお怪我等を負われた場合、一切の責任は負いかねます。

13. 契約の解約

お客様が説明内容を守らない、または大きく逸脱する行動があった場合、9の契約期間中であっても 麻痺肩ペインリハ 側で契約を解約できることとします。

14. 損害賠償

お客様側の本件説明内容違反、故意や過失による行為によって 麻痺肩ペインリハ に有形無形の損害が発生した場合、損害賠償請求が可能となります。

上記につき説明を受けた上で了解いたしました。

説明年月日： 年 月 日

本人 署名： _____

代諾者署名： _____ 続柄（ ）

説明者： _____

東京都国立市中3丁目6番地5号2階

麻痺肩ペインリハ 御中

同意書

私 _____ は、訪問マンツーマン運動指導説明書について書面及び口頭によって説明を受けた上、すべての内容について同意いたします。

記

1. 訪問マンツーマン運動指導の説明を受けました。 はい いいえ
2. 説明内容についてよく理解できました。 はい いいえ
3. 説明内容のすべてについて納得し、同意いたします。 はい いいえ

以上

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 署名： _____

代諾者署名： 続柄（ ） _____

※ご本人が未成年、または意識障害などで署名できない場合は、親族・保護者・親権者・後見人等の代諾が必要です。

説明者： _____