

臨床実習施設認定申請書

*□のチェックは、当てはまる部分を□→■へ変換をお願い致します。

■新規・□更新

①申請日：平成 31 年 4 月 15 日（認定有効期限：平成 34 年 4 日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：長野赤十字病院

③住所：長野市若里5丁目22番1号

④電話：026-226-4131

メールアドレス：reha@nagano-med.jrc.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：清水 文彦

⑥常勤理学療法士総数： 21 名 *実習施設単体での人数を記載

理学療法士免許取得後5年以上の理学療法士 19名

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士 1名

理学療法士免許取得後3年未満の理学療法士 1名

⑦疾患別リハビリテーション施設基準（医療施設のみの回答 □欄にチェック）

■脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） □脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）

□脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）

■運動器リハビリテーション料（Ⅰ） □運動器リハビリテーション料（Ⅱ）

□運動器リハビリテーション料（Ⅲ）

■呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） □呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）

■心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） □心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

■廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） □廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）

□廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）

■がん患者リハビリテーション料 □難病患者リハビリテーション料

□障害児（者）リハビリテーション料 □認知症患者リハビリテーション料

⑧臨床実習を行う際の主たる病棟種別 ※複数回答可

■一般病棟 □回復期リハビリテーション病棟 □医療療養病棟 □介護療養病棟

□地域包括ケア病棟 □介護医療院

□特別養護老人ホーム □介護老人保健施設

□通所リハ □通所介護

□その他（ ）

⑨年間（前年度のもの）に受け入れている養成校名・実習期間・学生数を記載して下さい。

※欄が不足する場合は、適宜追加をお願いいたします。

| 養成校名 | 実習期間 | 学生数 |
|-----------------|------|-----|
| 長野保健医療大学 | 8週 | 1名 |
| 信州大学 | 7週 | 1名 |
| 信州リハビリテーション専門学校 | 8週 | 1名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |
| | 週 | 名 |

お忙しい中、お時間を頂き、ありがとうございました。

長野県理学療法士会 学術局教育部員 一同