

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：令和 2年 5月 1日 （認定有効期限：令和 5年 5月 1日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：老人保健施設 やまゆりの園

③住所：〒389-0206 長野県北佐久郡御代田町御代田 4107-139

④電話：0267-31-2131（やまゆりの園） 0267-32-1147（やまゆりの園 通所リハ）

メールアドレス： tsuusho-riha@miyotahp.or.jp（やまゆりの園 通所リハ）

oyasumipunpun0613@yahoo.co.jp（生活リハ 大草裕央 直通）

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：リハビリテーション科 科長 宮下 智恵美

主任 大草 裕央(生活リハビリ)

主任 両角 春香(通所リハビリ)

⑥常勤理学療法士総数： 5名 *実習施設単体での人数を記載

理学療法士免許取得後、臨床経験満5年以上の理学療法士 3名

臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士 0名

理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 2名

⑧疾患別リハビリテーション施設基準（医療施設のための回答 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

⑨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

