

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 3年 4月 26日 (認定有効期限：令和 6年 4月 26日)
※()内は3年後の期日記載して下さい。
- ②施設名：昭和伊南総合病院
- ③住所：長野県駒ヶ根市赤穂 3230 番地
- ④電話：0265-82-2121
メールアドレス：rpt.reha@sihp.jp
※メールアドレスは会議の案内に必要となります。お間違えの無い様、必ず記載をお願い致します。
- ⑤理学療法部門の統括責任者氏名：井口 浩利
- ⑥常勤理学療法士総数： 23名 *施設単体での人数を記載
- | | |
|----------------------------|-----|
| 臨床実習指導者講習会を修了した理学療法士 | 2名 |
| 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 | 23名 |
| 理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 | 0名 |
- ⑧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
- 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
□その他 ()

⑨年間（前年度分）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。

※前年度（令和2年度）は新型コロナウイルスの影響で受け入れ予定であった実習をすべて中止させて頂いています。以下の記載は令和元年度受け入れ実績となります。

養成校名	実習期間	学生数
健康科学大学	10週	1名
あいち福祉医療専門学校	9週	1名
長野保健医療大学	3週	1名
〃	8週	1名
〃	2週	1名
帝京科学大学	4週	1名
信州リハビリテーション専門学校	1週	1名
〃	3週	1名
健康科学大学	5週	1名
〃	3週	1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