

## 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 5月 12日 （認定有効期限：令和 6年 5月 12日）  
※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。
- ②施設名：上諏訪駅ひろ整形外科
- ③住所：長野県諏訪市諏訪1丁目6-1 アーク諏訪 2階
- ④電話：0266-78-8595  
メールアドレス：[hirosei.sakuragroup@gmail.com](mailto:hirosei.sakuragroup@gmail.com)  
※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：長田 智美
- ⑥常勤理学療法士総数： 5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 | 4名 |
| 理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士     | 1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）
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） |
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）         |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）    |
| <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）            |  |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）            | <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）    |
| <input type="checkbox"/> 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）         | <input type="checkbox"/> 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） |
| <input type="checkbox"/> 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）          | <input type="checkbox"/> 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）  |
| <input type="checkbox"/> 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）          |  |
| <input type="checkbox"/> がん患者リハビリテーション料              | <input type="checkbox"/> 難病患者リハビリテーション料      |
| <input type="checkbox"/> 障害児（者）リハビリテーション料            | <input type="checkbox"/> 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
- |  |   |                                 |                                 |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 一般病棟                        | <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病棟 | <input type="checkbox"/> 医療療養病棟 | <input type="checkbox"/> 介護療養病棟 |
| <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟                    | <input type="checkbox"/> 介護医療院          |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム                   | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設       |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハ                        | <input type="checkbox"/> 通所介護           |                                 |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 整形外科クリニック ） |   |                                 |                                 |

