

## 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 12月 8日 (認定有効期限：令和 6年 8日)

※ ( ) 内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：高原医院

③住所：〒399-4511 長野県上伊那郡南箕輪村 5586 番地 2

④電話：0265-98-0385

メールアドレス：h.naito\_pt-tk.clinic@arion.ocn.ne.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：内藤 裕隆

⑥常勤理学療法士総数： 4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	1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	2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)

- 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 ( クリニック )

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。

養成校名	実習期間	学生数
長野保健医療大学	2週	1名
長野保健医療大学	3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
	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