

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1日（認定有効期限：平成34年4月1日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：佐久総合病院（本院・医療センター・小海分院）

*グループとして3施設で実習申請します。

③住所：代表：佐久市臼田197

④電話：0267-82-3131

メールアドレス：rigaku@sakuhp.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：

技師長：依田 英樹

⑥常勤理学療法士総数：81名 *実習施設単体での人数を記載（本院31・センター24・小海10）

理学療法士免許取得後5年以上の理学療法士（本院13センター8小海5）

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士（本院11センター11小海3）

理学療法士免許取得後3年未満の理学療法士（本院7センター5小海2）

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）⇒センターのみ

■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⇒センターのみ □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
信州大学	7週	1名
群馬大学	8週	1名
新潟医療福祉大学	10週	1名
長野保健医療大学	8週	2名
信州リハ専門学校	8週	1名
群馬パース大学	8週	1名
東京工科大学	6週	1名
高崎健康福祉大学	8週	1名
健康科学大学	10週	1名
長野保健医療大学（評価実習）	2週	2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