

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30年12月14日（認定有効期限：平成33年12月14日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター塩尻診療所
相澤通所リハビリテーション塩尻

③住所：長野県塩尻市大門桔梗ヶ原79-2

④電話：0263-53-8627

メールアドレス：ai.42915@ai-hosp.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：朝倉大輔

⑥常勤理学療法士総数： 3名 *実習施設単体での人数を記載

理学療法士免許取得後5年以上の理学療法士 3名

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士 0名

理学療法士免許取得後3年未満の理学療法士 0名

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） 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

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

