

## 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 2年 10月 2日 （認定有効期限：令和 5年 10月 2日）

※（ ）内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：富士見高原医療福祉センター 富士見高原病院

③住 所：諏訪郡富士見町落合 11100

④電 話：0266-62-3030

メールアドレス： reha@fujimihp.com

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：牛山直子

⑥常勤理学療法士総数： 20名 \*実習施設単体での人数を記載

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 10名

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、満5年未満の理学療法士 8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。

養成校名	実習期間	学生数
信州大学 医学部 理学療法学専攻	7 週	2 名
長野保健医療大学	8 週	1 名
長野保健医療大学	3 週	1 名
長野保健医療大学	2 週	1 名
健康科学大学	3 週	1 名
群馬大学 医学部 理学療法学専攻	8 週	1 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