

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 3月 31日)

※ () 内は3年後の期日記載して下さい。

②施設名：医療法人心泉会 上條記念病院

③住所：長野県松本市村井町西 2-16-1

④電話：0263-57-3800

メールアドレス：reha@kamijyomhp.or.jp

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：山本 春彦

⑥常勤理学療法士総数： 21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 7名

理学療法士免許取得後3～4年以上の理学療法士 4名

理学療法士免許取得後3年未満の理学療法士 10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

□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
信州大学医学部保健学科	2週	2名
長野医療技術専門学校	8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
	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