

臨床実習施設認定申請書

(当てはまる部分を□→■へ変換して下さい)

□新規・■更新

①申請日：令和7年4月10日

※臨床実習施設認定期間は、送付される『臨床実習施設認定証』にてご確認下さい。

※以下、②～⑦は申請時点の内容をご記入下さい。

②施設名：特定医療法人財団大西会 千曲中央病院

住 所：〒387-8512 長野県千曲市杭瀬下 58

電 話：026-273-1212

③メールアドレス：reha@chikuma-chp.or.jp

※メールアドレスは今後の会議案内等で必要となります。お間違えの無い様、必ずご記入下さい。

④理学療法部門の統括責任者氏名：大矢 昌宏

⑤常勤理学療法士総数： 41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 | 15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 | 29名 |
| 理学療法士免許取得後、満5年未満の理学療法士 | 12名 |

⑥疾患別リハビリテーション施設基準 ※複数回答可

| | |
|------------------------|-----------------------|
| ■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 |

⑦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（訪問リハ） | | | |

⑧年間（前年度分）に受け入れた養成校名・実習期間・学生数をご記入下さい。

※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 | 1週 | 4名 |
| // | 8週 | 2名 |
| // | 2週 | 2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 |
| | 週 | 名 |

お忙しい中、ご協力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