

## 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 7 年 4 月 1 日 （認定有効期限：令和 10 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

※メールアドレスは会議の案内に必要となります。お間違えの無い様、必ず記載をお願い致します。

⑤理学療法部門の統括責任者氏名：土田 遼太

⑥常勤理学療法士総数： 22 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 5 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 12 名

理学療法士免許取得後、満 5 年未満の理学療法士 10 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
信州大学医学部保健学科	2 週	2 名
信州大学医学部保健学科	6 週	2 名
長野保健医療大学	4 日	1 名
信州リハビリテーション専門学校	8 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

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