

様式 1

平成 30 年度医療施設用ロボット導入促進事業

平成 30 年 5 月 20 日

一般財団法人ふくしま医療機器産業推進機構  
理事長 様

所在地 福島県郡山市富田町字満水田 27 番 8

施設名 機構病院

代表者名 院長 機構 太郎

印

## 検証実施施設申込書

当施設に「医療施設用ロボット」を導入させていただきたく、下記のとおり申込みを致します。

施設名	機構病院
代表者名	院長 機構 太郎
所在地	〒963-8041 福島県郡山市富田町字満水田 27 番 8
連絡先	(ふりがな) きこう はなこ 担当者名: 機構 花子 所属部署: リハビリテーション科
	電話: 024-954-4019 FAX: 024-954-4033
	E-mail: robot@fmdipa.or.jp
貸与機種 (附帯品)	■ 単関節タイプ ■ 単関節吊り下げキット&スタンドセット
使用施設・事業所 (複数選択可) ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 医療施設内 (入院・外来) リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※2
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 当施設では、「医療施設用ロボット」の導入に当たり、倫理審査委員会、または、それに準じた委員会の承認をもって使用致します。

※1 複数を選択する場合は、様式2を施設・事業所別に提出願います。

※2 審査会で審議をさせていただいた後、貸出しとさせていただきます。





様式3 (2/2)

平成30年度医療施設用ロボット導入促進事業

4 利用想定

- (1) 現在、医療施設用ロボットの装着が想定できる患者（利用者）様は、およそ何名いらっしゃいますでしょうか。年代と人数をご記入ください。可能であれば疾患名をご記入ください。

年代	人数	(任意) 疾患名
70代	*人	脳梗塞
60代	*人	脳卒中
	人	
	人	
	人	

- (2) 患者（利用者）様一人あたりの使用頻度について伺います。

1週間に何日、1日に何分の利用を想定していますか。

◆ 1週間に \_\_\_\_\_\*\_\_\_\_\_ 回      ◆ 1日に \_\_\_\_\_\*\_\_\_\_\_ 分

○ご記入いただいた情報は、事務局で厳正に管理し検証実施施設の選定のみに利用させていただきます。