様式２

二次募集

平成３０年度医療施設用ロボット導入促進事業

**施設概要、リハビリテーション状況について**

　　施設名

１　施設概要

当てはまる項目に、☑をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科 | □総合病院 |
| □内科　　□循環器内科　　□脳神経外科　　□神経内科  □整形外科　　□外科　　□心臓外科　　□リハビリテーション科  □その他 |
| 病床 | □一般病床　　　　□療養病床　　　　□精神病床 |
| 機能分類 | □高度急性期　　□急性期　　□回復期　　□慢性期／長期療養 |
| 関連施設・事業所 | □訪問リハビリテーション　　　□通所リハビリテーション  □その他（　　　　　　　　　　　　） |

２　リハビリテーション状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 現在の1週間あたりのリハビリテーション患者数または利用者数（登録数）を   ご記入ください。※延べ人数ではありません。 | |
| **入院　　　　　　　　　　　人** | **外来　　　　　　　　　　　人** |
| **訪問リハ　　　　　　　　　人** | **通所リハ　　　　　　　　　人** |
| **その他（　　　　）　　　人** |  |
| 1. 患者（利用者）様一人当たり**1週間に何回**、**1回に何分程度**の訓練（サービス）を実施していますか。通所リハビリテーションは、個別時間をご記入ください。 | |
| 実施回数  **入院　　　　　　　　　　　日／週** | 訓練（サービス）時間  **入院　　　　　　　　分／回**（複数回　有・無） |
| **外来　　　　　　　　　　　日／週** | **外来　　　　　　　　分／回** |
| **訪問リハ　　　　　　　　　日／週** | **訪問リハ　　　　　　分／回** |
| **通所リハ　　　　　　　　　日／週** | **通所リハ　　　　　　分／回**（個別実施時間） |
| **その他（　　　　　）　　日／週** | **その他　（　　　　　）　　分／回** |

〇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。