様式３（１/２）

二次募集

平成３０年度医療施設用ロボット導入促進事業

**医療施設用ロボットの利用想定について**

※様式1の「使用施設・事業所」の項目において複数施設を選択した場合は、施設・事業所別に本様式３を複数枚作成お願い致します。

施設名：

１　使用施設・事業所について

使用を予定している施設、事業所に☑を入れてください。

□　医療施設内（入院・外来）

　　　□　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　職種、従事者数について

　　１項で選択した施設・事業所の職種別の従事者数をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 人数 |
| 理学療法士 | 人 |
| 作業療法士 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 |
| その他（　　　　　　　） | 人 |
| その他（　　　　　　　） | 人 |
| その他（　　　　　　　） | 人 |

３　使用予定者について

医療施設用ロボットを使用する医療従事者の職種と予定人数をご記入ください。

※安全講習を受講すれば、どなたでも使用可能です。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 人数 |
| 理学療法士 | 人 |
| 作業療法士 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 |
| 看護師 | 人 |
| 介護士 | 人 |
| その他（　　　　　　） | 人 |

様式３（２/２）

二次募集

平成３０年度医療施設用ロボット導入促進事業

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 |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |

1. 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

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。