

様式 1

医療施設用ロボット等導入促進事業（2019年度）

2019年 5月 15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番地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、下記のとおり申し込みいたします。

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番地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: 0294-954-4019 FAX: 024-954-4033
	E-mail: robot@fmdipa.or.jp
貸与機種 (附帯品) ※1	<input checked="" type="checkbox"/> HAL®自立支援用単関節タイプ (第__1__希望) <input checked="" type="checkbox"/> WALK-MATE ROBOT (第__2__希望) <input type="checkbox"/> アクティブ歩行器 (第____希望) <input checked="" type="checkbox"/> 腰補助用マッスルスーツ®Edge (第__3__希望)
使用施設・事業所 (複数選択可) ※2	<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 checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> その他 () ※3
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いたします。

※1 第1～3希望まで記入をお願いします。

※2 複数を選択する場合は、様式2と3を施設・事業所別に提出願います。

※3 審査会での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。

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： 機構病院

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) 通所リハビリテーション
- 訪問リハビリテーション 訪問看護ステーション
- 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	職種	人数
理学療法士	*人	看護師	*人
作業療法士	*人	看護補助者	*人
言語聴覚士	*人	介護士	*人
放射線技師	*人	介護職員	*人
検査技師	*人	事務員	*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	職種	人数
理学療法士	*人	看護師	人
作業療法士	*人	看護補助者	人
言語聴覚士	人	介護士	人
放射線技師	人	介護職員	人
検査技師	人	事務員	人
その他 ()	人	その他 ()	人

様式3 (2/2)

医療施設用ロボット等導入促進事業 (2019年度)

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)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
80代	*人	脳卒中
	人	
	人	
	人	
	人	

- (2) 患者(利用者)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

【マッスルスーツをご希望の場合】

- (1) 現在、マッスルスーツの装着が想定できる職員は、およそ何名いらっしゃいますでしょうか。年齢と人数をご記入ください。

年齢	人数
19歳以下	人
20～29歳	人
30～39歳	人
40～49歳	人
50～59歳	人
60歳以上	人

- (2) 職員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ご利用させていただきます。