**福島県医療施設用ロボット導入促進事業　実施報告書**

提出日：令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名（法人名等） |  |
| 所在地 | 〒 |
| 代表者名（ふりがな） |  |
| 利用医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 連絡先（必ずご記入ください。） | 担当者所属部署 | 　 |
| TEL　 | FAX　 |
| Mail　 |
| ロボット・台数 | 導入したロボットの名称と台数を記入してください。　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 （　　　　 台） |
| ロボットを装着した患者数及びのべ回数 |  | ロボットの合計使用時間（1日） |  |
| 利用対象とした患者のリハビリ内容 |  |
| 導入成果(患者のリハビリ効果を数値で示すこと)(利用スタッフの負担軽減) |  |

※「医療機関責任者」、「担当者」は、必ず交付要綱、実施要領をご確認ください。

|  |
| --- |
| 要綱・要領確認者チェック欄 |
| * 医療機関担当者　　　　　氏名（　　　　　）
 |
| * 担当者　　　　　　　　　氏名（　　　　　）
 |
| * ロボット利用申請担当者　氏名（　　　　　）
 |

※同一法人で複数の医療機関で導入した場合、医療機関別に報告すること。