**高齢者施設内療養者発生施設**に対するリハビリ職員派遣　作業療法士登録用紙

　　記入日　　　　年　　　月　　　日

番号のある設問は当てはまるものに○をつけて下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  お名前 |  | | 日本作業療法士協会 会員番号  　　No. | |
| ご所属  （区市町村名） | （　　　　　　　　 ）　区・市・町・村　　 ※自宅会員は所属記載はなしで構いません | | | |
| 現在の勤務先の施設の種類  複数回答可。 | １．病院　　 　２．診療所　 　３．高齢者入所施設　 　４．教育関連機関  ５．通所事業所　　６．訪問事業所 　　７．保健福祉関連事業所  ８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 連絡先 | メールアドレス | | | |
| 電話番号 | | | |
| 作業療法士の経験年数 | 年 | 高齢者施設での勤務経験 | | 有　・　無 |
| 参加可能な⽇程  ( )内の当てはまるものに○を  つけて下さい。複数回答可。 | １．毎週 （ ⽉・⽕・⽔・⽊・⾦・⼟・⽇）曜⽇  ２．毎⽉第（ １ ・２ ・３ ・４ ・５ ） （⽉・⽕・⽔・⽊・⾦・⼟・⽇）曜⽇  ３．不定期（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受講歴があれば  該当するものに  〇をつけて下さい  複数回答可。 | １．認定作業療法士・専門作業療法士  ２．東京都地域リハビリテーション専⾨⼈材育成研修修了者  ３．⽣活⾏為向上マネジメント基礎研修修了者  ４．生活行為向上マネジメント実践者・指導者  ５．医療従事者対象の感染症対策に関する院内・院外研修会の受講  　　（研修会名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 支援経験　複数回答可。経験のない場合は〇をつけないで下さい | １．新型コロナウイルス感染症患者の陽性時の作業療法支援経験あり  ２．新型コロナウイルス感染症患者の陰性後の作業療法支援経験あり | | | |
| ⽀援可能な2次医療圏域  複数回答可。  医療圏の中でも支援の可否が  分かれる場合は、区市町村名に  〇や二重取り消し線を記載して  ください。 | １．区東部（墨田、江東、江戸川）  ２．区東北部（足立、荒川、葛飾）  ３．区中央部（文京、台東、千代田、中央、港）  ４．区南部（品川、大田区）  ５．区西南部（世田谷、渋谷、目黒）  ６．区西部（杉並、中野、新宿）  ７．区西北部（練馬、板橋、北、豊島）  ８．北多摩北部（東村山、小平、清瀬、東久留米、西東京）  ９．北多摩西部（武蔵村山、東大和、昭島、立川、国立、国分寺）  10．北多摩南部（府中、小金井、武蔵野、三鷹、調布、狛江）  11．西多摩（奥多摩、日の出、瑞穂、檜原、青梅、羽村、あきる野、 福生）  12．南多摩（八王子、日野、多摩、稲城、町田） | | | |
| 「作業療法士総合保障  保険制度」について | １．上乗せ補償プランに加入している。  ２．上乗せ補償プランに加入していない。 | | | |
| 対応できる可能な範囲 | １．コロナクラスター終息後（グリーンゾーン）のみ対応可能  ２．状況によっては感染者のいる状況下（レッドゾーン）でも支援可能 | | | |
| 本務先に本事業登録への  許可を得ましたか。 | １．許可を得た　　　　　　　　　　　　２．許可を得ていない  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |

FAX送信先　　０３－６３８０－４６８４　　　　　　一般社団法人　東京都作業療法士会　2022