

附件 5

福建省康复病种按床日付费医疗机构备案表

医疗机构名称:

备案日期: ____年__月__日

医疗机构类型: ☐三级医疗机构 ☐二级医疗机构

☐康复专科医院 ☐综合医院 ☐中医医院 ☐其他专科医院: _____

一、机构规模: 开放床位数____张 其中, 康复医学科开放床位数____张, 占开放床位数__%

二、人员结构: 临床医师____名(含中医) 康复医师____名(含中医) 相关治疗师____名
护士____名(康复专科护士____名) 医生质控员____名 治疗师质控员____名

以下由非康复专科医院填写:

康复医学科每床配备: 临床医师____名(含中医) 康复医师____名(含中医)

相关治疗师____名 护士____名(康复专科护士____名)

序号	姓名	人员类别	证书名称	证书签发日期	执业类别	执业范围	执业机构

三、设备标准（以下为三级医疗机构必选项，未标注三级的为二级医疗机构必选项）

（一）运动治疗：

- ☐生物反馈训练设备（三级） ☐减重步行训练架及专用运动平板（三级）
☐划船器（三级） ☐手指训练器（三级）
☐肩及前臂旋转训练器（三级） ☐前臂旋转训练器 ☐运动控制能力训练设备
☐治疗床及悬挂装置（三级） ☐治疗床（含网架） ☐电动起立床
☐训练用垫 ☐姿势矫正镜 ☐平行杠 ☐训练用球 ☐训练用阶梯 ☐楔形板
☐训练用棍 ☐砂袋和哑铃 ☐轮椅 ☐滑轮吊环 ☐踏步器 ☐助行器
☐墙拉力器 ☐肌力训练设备 ☐功率车 ☐连续性关节被动训练器（CPM）
☐平衡训练设备 ☐儿童运动训练器材 ☐功能性电刺激设备 ☐肋木
其他设备： _____

（二）物理因子治疗：

- ☐磁治疗设备（三级） ☐冷疗设备（三级） ☐气压循环治疗设备（三级）
☐直流电疗设备 ☐低频电疗设备 ☐中频电疗设备 ☐高频电疗设备
☐光疗设备 ☐超声波治疗设备 ☐传导热治疗设备 ☐牵引治疗设备
其他设备： _____

(三) 作业治疗:

☐日常生活活动作业设备

☐手功能作业训练设备

☐模拟职业作业设备

其他设备: _____

(四) 言语、吞咽、认知治疗:

☐言语治疗设备

☐吞咽治疗设备

☐认知训练设备

☐非言语交流治疗设备

其他设备: _____

(五) 康复工程: ☐临床常用矫形器

☐辅助具制作设备

其他设备: _____

(六) 评定设备:

☐运动心肺功能评定设备(三级)

☐肌电图与临床神经电生理设备(三级)

☐作业评定设备和检查设备

☐肌力和关节活动评定设备

☐平衡功能评定设备

☐认知语言评定设备

其他设备: _____