リウマチ性疾患のリハビリテーション指導記録

リ

|  |  |
| --- | --- |
| 指導患者名簿の左端にある患者番号 |  |

該当するものすべてに☑してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　代 | 歳代 | | 性　別 | * 男　　　　□　女 | |
| 施設名 |  | | 転　帰 | * 寛　解 * 継続中 * 中　止 * 転　院 * 死　亡 | 令和 年 月 |
| リウマチ性疾患診断名 | ※指導患者名簿と同じ診断名 | |
| 合併症名  （関節外科治療を含む） | ※現在治療中のリウマチ性疾患以外の病名を記入 | リハビリテーション区分 | □院　内  □外　来  □その他 | 職　業 | ※該当がない場合は「無し」  等と記入 |
| 既往歴 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | □胃十二指腸潰瘍 | □炎症性背部痛 | □結核　　　□悪性腫瘍　　 □心不全 　 □肝炎 | | □糖尿病 | □大腸憩室症 | □COPD □その他　　　 □無し | | | | | |
| **診　断（診断日：□昭和・□平成・□令和　　年　　月）**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 罹患関節 (腫脹又は圧痛) | | | 血液の検査 | | | |  | □肩関節　 □肘関節 | □手関節 |  | □リウマトイド因子陽性 | □CRP上昇 | | |  | □手指　　 □股関節 | □膝関節 |  | □抗CCP抗体陽性 | □赤沈 亢進 | | |  | □足関節　 □足趾足底 | □その他（　　　　　） |  | □抗核抗体陽性 |  | | | | | | | |
| **治　療：現在および過去の処方（過去の処方については分かる範囲で良い）**  **薬物療法**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 経口DMARDs | | 生物学的製剤・JAK阻害剤・ステロイド剤など | | |  | □イグラチモド  □サラゾスルファビリジン |  | □TNF阻害薬  □IL- 6阻害薬 | | |  | □タクロリムス  □ブシラミン  □メトトレキサート  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |  | □T細胞共刺激阻害薬  □JAK阻害剤  □副腎皮質ステロイド  □NSAIDs  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |     **手術療法**□あり　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし | | | | | |
| リハビリテーション実施内容（経過含）及び成果 | □PT ・□OT　処方  □評価 □関節可動域運動 □筋力増強運動 □姿勢指導 □歩行練習 □装具療法 □手術前後  □スプリント療法 □ADL・IADL指導 □生活支援用具の対応 □住環境整備 □その他（　　　　）  【実施内容と成果】  ※理学・作業療法士として介入した具体的な内容を記載してください。  ※同一施設内において、他の申請者と同一症例を担当した場合であっても、「リウマチ性疾患のリハビリテーション指導記録」の対象とすることは可能です。ただし、その場合は、申請者自身が担当した内容について個別性をもって記載してください。他の申請者と同一内容の記載は認められません。 | | | | |
| 備　　考 | ※性別、転帰、リハビリテーション区分のチェック欄は必ず記載してください。  ※身体障害者手帳の有（級）・無や要介護度等もわかる範囲でこの欄に記入してください。 | | | | |

※略語（病名・薬物名）の扱いは、リウマチ性疾患のリハビリテーション指導患者名簿と同等とします。

※リハ実施内容（経過含）及び成果は、文字数を400文字から500文字で作成してください。フォントサイズは10.5を推奨します。

※転帰について空欄が目立ちます。継続中の場合は作成した年月を記入してください。

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |

※**記載例を十分に参考にしてください。**

※上記の赤字によるコメントは、作成の際には消してからご使用ください。