

# 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

⑨

該当するものすべてに☑してください。

年代	60歳代		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
施設名	リウマチ財団病院		転帰	<input type="checkbox"/> 寛解	平成・ <b>令和</b> 〇〇年1月
リウマチ性疾患 診断名	RA			<input checked="" type="checkbox"/> 継続中	
合併症名 (関節外科治療を 含む)	無し	リハビリテー ション区分	<input type="checkbox"/> 院内	職業	無し(主婦)
既往歴	<input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 炎症性背部痛	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 心不全
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 大腸憩室症	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 無し
<b>診断</b> (診断日: <input type="checkbox"/> 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和〇〇年4月) <b>罹患関節 (腫脹又は圧痛)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input checked="" type="checkbox"/> 手関節 <input checked="" type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足趾足底 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>血液の検査</b> <input checked="" type="checkbox"/> リウマトイド因子陽性 <input type="checkbox"/> CRP 上昇 <input checked="" type="checkbox"/> 抗CCP抗体陽性 <input type="checkbox"/> 赤沈 亢進 <input type="checkbox"/> 抗核抗体陽性					
<b>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よい)</b> <b>薬物療法</b> <b>経口DMARDs</b> <input type="checkbox"/> イグラチモド <input type="checkbox"/> TNF阻害薬 <input type="checkbox"/> サラゾスルフアピリジン <input type="checkbox"/> IL-6阻害薬 <input type="checkbox"/> タクロリムス <input type="checkbox"/> T細胞共刺激阻害薬 <input type="checkbox"/> プシラミン <input type="checkbox"/> JAK阻害剤 <input checked="" type="checkbox"/> メトトレキサート <input type="checkbox"/> 副腎皮質ステロイド <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<b>生物学的製剤・JAK阻害剤・ステロイド剤など</b> <b>手術療法</b> <input type="checkbox"/> あり (部位: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし					
リハビリテー ション実施内 容 (経過含) 及び成果	<input type="checkbox"/> PT・ <input checked="" type="checkbox"/> OT 処方 <input checked="" type="checkbox"/> 評価 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域運動 <input type="checkbox"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 姿勢指導 <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 装具療法 <input type="checkbox"/> 手術前後 <input checked="" type="checkbox"/> スプリント療法 <input checked="" type="checkbox"/> ADL・IADL指導 <input checked="" type="checkbox"/> 生活支援用具の対応 <input checked="" type="checkbox"/> 住環境整備 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【実施内容】</b> 平成XX年発症、DMARDsにより低疾患活動を維持していたが、手関節や手指の局所的疼痛が断続的に発生、IADLに影響をきたしてきたため、スプリント療法や動作指導目的に作業療法処方となる。 ・手関節疼痛の緩和及び手指変形発生防止のための動的スプリントを作製。 ・筋緊張の調整及び関節運動促進目的に運動療法実施。 ・子育てや家事動作でオーバーユース由来の手関節や手指への疼痛緩和のための動作指導。 ・SARAHエクササイズプログラムやウェイトボール導入による手指及び上肢機能促進指導。 <b>【成果】</b> 運動療法にて手関節掌屈20°から70°へ、背屈が10°から50°へ改善、Paine VASが8から4へ減少、動的スプリント装着により、手関節疼痛緩和で、握力が150mmHgから300mmHgに向上、動的スプリントを装着し、調理動作や自動車運転で疼痛が緩和され、動作がしやすくなりIADLの質が担保された。また、SARAHエクササイズで手指の変形発生防止に努め、ウェイトボールエクササイズで上肢機能が促進され、セルフケアマネージメントの実践でQOLを良い状態に保つことできている。				
備考	特記無し。				

※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。  
 ※記載例を十分に参考にしてください。  
 ※赤字のコメントは、作成の際には消してからご使用ください。

申請者氏名: 財団 作太郎