

# 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

①

該当するものすべてに☑してください。

|  |  |   |   |  |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
|--|--|---|---|--|----------|------------------------------|------------------------------|--|---|--|--|------------------------------|---|-----------------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| 年代   | 70歳代   |   | 性別  | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| 施設名  | ザイダンクリニック  |   | 転帰  | <input type="checkbox"/> 寛解                                      | 令和〇〇年 1月 |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| リウマチ性疾患<br>診断名   | RA   |   |   | <input checked="" type="checkbox"/> 継続中                          |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| 合併症名<br>(関節外科治療を<br>含む)  | 高血圧  | リハビリテー<br>ション区分                         | <input type="checkbox"/> 院内<br><input checked="" type="checkbox"/> 外来<br><input type="checkbox"/> その他 | 職業   | 無職       |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| 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"/> 肝炎<br><input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 大腸憩室症 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無し   |   |   |  |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| <b>診 断 (診断日: <input type="checkbox"/>昭和・<input type="checkbox"/>平成・<input checked="" type="checkbox"/>令和〇〇年 12月)</b><br>罹患関節 (腫脹又は圧痛) <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td><input type="checkbox"/>肩関節</td> <td><input type="checkbox"/>肘関節</td> <td><input type="checkbox"/>手関節</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>リウマトイド因子陽性</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>CRP 上昇</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>手指</td> <td><input type="checkbox"/>股関節</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>膝関節</td> <td><input type="checkbox"/>抗CCP抗体陽性</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>赤沈 亢進</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>足関節</td> <td><input type="checkbox"/>足趾足底</td> <td><input type="checkbox"/>その他 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>抗核抗体陽性</td> <td></td> </tr> </table> |  |   |   |  |          | <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 肘関節 | <input type="checkbox"/> 手関節   | <input checked="" type="checkbox"/> リウマトイド因子陽性  | <input checked="" type="checkbox"/> CRP 上昇 | <input checked="" type="checkbox"/> 手指 | <input type="checkbox"/> 股関節 | <input checked="" type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 抗CCP抗体陽性 | <input checked="" type="checkbox"/> 赤沈 亢進 | <input type="checkbox"/> 足関節 | <input type="checkbox"/> 足趾足底 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 抗核抗体陽性 |  |
| <input type="checkbox"/> 肩関節   | <input type="checkbox"/> 肘関節   | <input type="checkbox"/> 手関節            | <input checked="" type="checkbox"/> リウマトイド因子陽性  | <input checked="" type="checkbox"/> CRP 上昇                       |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 手指   | <input type="checkbox"/> 股関節   | <input checked="" type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 抗CCP抗体陽性   | <input checked="" type="checkbox"/> 赤沈 亢進                        |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 足関節   | <input type="checkbox"/> 足趾足底  | <input type="checkbox"/> その他 ( )        | <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><br>薬物療法 <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>経口 DMARDs</td> <td>生物学的製剤・JAK 阻害剤・ステロイド剤など</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>イグラチモド<br/> <input type="checkbox"/>サラゾスルファピリジン<br/> <input type="checkbox"/>タクロリムス<br/> <input type="checkbox"/>ブシラミン<br/> <input checked="" type="checkbox"/>メトトレキサート<br/> <input type="checkbox"/>その他 ( )                 </td> <td> <input type="checkbox"/>TNF 阻害薬<br/> <input type="checkbox"/>IL-6 阻害薬<br/> <input type="checkbox"/>T 細胞共刺激阻害薬<br/> <input type="checkbox"/>JAK 阻害剤<br/> <input type="checkbox"/>副腎皮質ステロイド<br/> <input type="checkbox"/>NSAIDs<br/> <input type="checkbox"/>その他 ( )                 </td> </tr> </table> 手術療法 <input type="checkbox"/> あり (部位: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし                            |  |   |   |  |          | 経口 DMARDs                    | 生物学的製剤・JAK 阻害剤・ステロイド剤など      | <input type="checkbox"/> イグラチモド<br><input type="checkbox"/> サラゾスルファピリジン<br><input type="checkbox"/> タクロリムス<br><input type="checkbox"/> ブシラミン<br><input checked="" type="checkbox"/> メトトレキサート<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> TNF 阻害薬<br><input type="checkbox"/> IL-6 阻害薬<br><input type="checkbox"/> T 細胞共刺激阻害薬<br><input type="checkbox"/> JAK 阻害剤<br><input type="checkbox"/> 副腎皮質ステロイド<br><input type="checkbox"/> NSAIDs<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| 経口 DMARDs  | 生物学的製剤・JAK 阻害剤・ステロイド剤など  |   |   |  |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> イグラチモド<br><input type="checkbox"/> サラゾスルファピリジン<br><input type="checkbox"/> タクロリムス<br><input type="checkbox"/> ブシラミン<br><input checked="" type="checkbox"/> メトトレキサート<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   | <input type="checkbox"/> TNF 阻害薬<br><input type="checkbox"/> IL-6 阻害薬<br><input type="checkbox"/> T 細胞共刺激阻害薬<br><input type="checkbox"/> JAK 阻害剤<br><input type="checkbox"/> 副腎皮質ステロイド<br><input type="checkbox"/> NSAIDs<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |   |  |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| リハビリテー<br>ション実施内<br>容 (経過含)<br>及び成果 (疼<br>痛、関節可動<br>域、歩行能力<br>などの客観的<br>数値を記載す<br>ることを推奨<br>します。)  | ☑PT ・ <input type="checkbox"/> OT 処方<br>☑評価 ☑関節可動域運動 ☑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<br><input type="checkbox"/> スプリント療法 ☑ADL・IADL 指導 <input type="checkbox"/> 生活支援用具の対応 <input type="checkbox"/> 住環境整備 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>【実施内容と成果】令和〇〇年 10月より手両側手関節痛 (運動痛) とこわばり出現、やがて両側<br>膝関節痛出現し、徐々に歩行時に痛みが強くなり当院を受診した。RA 発症後まもない症例であり、<br>RA の疾患の概要について担当医からの説明を補完する内容で行い疑問に対して応えた。当クリニック<br>での治療方針が決まった段階で、担当医を含め各種医療職による症例カンファレンスを行い、症<br>例に個別化した指導 (RA としてどの時期にあるか、治療内容の確認、薬剤コンプライアンスの徹<br>底、必要なリハビリ、日常生活上の注意など)を行った。理学療法の目的は、膝関節痛の疼痛コン<br>トロールとした。【実施内容の詳細】① 膝に対する温熱療法、② 関節可動域練習、③ 軽負荷での<br>エルゴメータでの持久力運動、④ 自重を用いた下肢筋力運動、⑤ 杖歩行の指導<br>【成果】現在、膝関節痛 (VAS 5 → 2)は存在しているが自制内。外出時は関節保護のため杖歩行<br>を行っている。 |   |   |  |          |                              |                              |  |   |  |  |                              |   |                                   |   |                              |                               |                                  |                                 |  |
| 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 理太郎