

運動器リハビリテーション 症例報告書		記入日 平成 年 月 日			
				セラピスト認定証番号	
(年齢) 歳	(性別) 男 女				
(病名)		セラピスト氏名			
(主たる障害・症状)		所属医療機関名			
(主たる障害・症状の経過)		所在地(県名も省略せず)			
(既往症(内科疾患、運動器傷病))		指導医師(日整会専門医及び本学会会員) ⑩			
(評価)	バーセルインデックス	ロコモ25	その他(JKOM,JLEQ,JOAスコアなど)		
開始時(年 月 日)	()点	()点	()	()	点
中間評価(年 月 日)	()点	()点	()	()	点
終了時(年 月 日)	()点	()点	()	()	点
(実施した運動器リハ)	リハ実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (治療開始日から治療完了日が3ヵ月以上の症例が対象となります。)				
	運動療法 _____				
	物理療法 _____				
	作業療法 _____				
	生活指導 _____				
	その他 _____				
(治療経過) 痛み(VAS,VRS等)、関節可動域、筋力、片脚起立時間、握力などの測定値の経過を具体的に記載して下さい。					

(転帰)

(症例より学んだ点)