

運動器リハビリテーション 症例報告書			記入日（西暦）			
			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			
(発症・受傷から運動器リハビリテーションに至るまでの経過)			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 (常勤の整形外科専門医(日整会または 専門医機構による)及び、本学会会員)			
印						
(評価)	(西暦)	バーセルインデックス(必須)	ロコモ25(必須)	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)			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			
リハ実施期間			(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日			
運動療法			_____			
物理療法			_____			
作業療法			_____			
生活指導			_____			
その他			_____			
(治療による臨床症状の推移・経過)			痛み(VAS,NRS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)