

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
		(年齢) 歳 (性別) 男 女		セラピスト認定証番号		
(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)				
(評価) (西暦)		バーセルインデックス		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 <u>3ヵ月以上</u> 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				

印

(転帰)

(症例より学んだ点)