

リウマチ性疾患のリハビリテーション指導記録

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・令和 ○○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
診 断 (診断日: <input type="checkbox"/> 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和○○年 4 月)					
罹患関節 (腫脹又は圧痛)			血液の検査		
<input checked="" type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input checked="" type="checkbox"/> 手関節	<input checked="" type="checkbox"/> リウマトイド因子陽性	<input type="checkbox"/> CRP 上昇	
<input checked="" type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input checked="" type="checkbox"/> 抗 CCP 抗体陽性	<input 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		
治 療 (上記診断名の処方)					
薬物療法			生物学的製剤・JAK 阻害剤・ステロイド剤など		
経口 DMARDs					
<input type="checkbox"/> イグランチモド			<input type="checkbox"/> TNF 阻害薬		
<input type="checkbox"/> サラゾスルファピリジン			<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"/> ブシラミン			<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 ()			<input type="checkbox"/> その他 ()		
手術療法 <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 () 【実施内容と成果】 【実施内容】 ・手関節疼痛及び手指変形防止のためスプリントを作製。 ・肩関節可動域制限による更衣動作困難であったため自立支援用具としてドレッシングエイドを作製し更衣動作指導実施。 ・住環境評価を行い、玄関とトイレの改修案と浴室の福祉用具の設置についてアドバイス。 【成果】 手関節の疼痛軽減目的に軟性スプリントを作製、手関節の疼痛が軽減され握力が 200 mm Hg から 300 mm Hg に向上、調理動作で包丁を使用する際、疼痛が緩和され安心して動作が行えるようになった。また、発生間もないスワンネック変形が認められ、変形進行予防と不安を軽減するためにセフティーピンを作製、変形進行を予防する意識が向上し、日々の関節状態を自発的に確認するようになった。更衣動作に時間を費やしていたが、ドレッシングエイドの活用で、所用時間が三分の一程度に短縮した。				
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。

※上記の赤字によるコメントは、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