リウマチ性疾患のリハビリテーション指導患者名簿

令和７年度版

リ

**（申請者：　理学療法士 ・ 作業療法士　）**＊いずれかに○を付す

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 | 施 設 名 | 性別 | 年代 | リウマチ性疾患の診　断　名 | 主なリハビリテーション指導の内容（画一的でなく、症例毎に個別的に記載） |
| **1** |  | 男・女 | 歳代 | ※関節リウマチ（RA）を1例でも含むことが望ましい。 |  |
| **2** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **3** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **4** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **5** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **6** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **7** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **8** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **9** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **10** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |

※リウマチ性疾患の診断名については10例中にRA（関節リウマチ）の症例を含むことを望ましいとしています

ので、RA（関節リウマチ）があれば優先的に記入してください。リウマチ性疾患ではない「骨折」等は対象と

なりません。「リウマチ性疾患一覧表」は財団ホームページを参照してください。

※同一施設内において、他の申請者と同一症例を担当した場合であっても、対象患者とすることは可能です。

ただし、その場合は、自身が担当した内容について個別性をもって記載してください。他の申請者と同一内容

の記載は認められません。

※上記の赤字によるコメントは、作成の際は消してからご使用ください。

※本申請に記載可能な略語は、次の通りです。下記以外の病名や薬物名の略語の使用はできませんので、下記以

外の略語を使う場合は、初出箇所にfull spellingと略語を記載し、以降は略語で記載して頂いて結構です。

（例：治療薬としてはMTXにトファシチニブ(TOF)を追加した。TOF併用により・・・・・）

**【病名】**

OA：変形性関節症（osteoarthritis）

RA：関節リウマチ（rheumatoid arthritis）

SLE：全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus）

**【薬物名】**「日本リウマチ学会リウマチ学用語・WEB検索」（https://www.ryumachi-jp.com/yougo/search.php）参照

・副腎皮質ステロイド（グルココルチコイド）　　　・生物学的製剤（bDMARDs）

PSL：プレドニゾロン　　　　　　　　　　　　　　 ABT：アバタセプト

　 ・従来型抗リウマチ薬（csDMARDs）　　　　　　　　 ADA：アダリムマブ

BUC：ブシラミン　　　　　　　　　　　　　　　 CZP：セルトリズマブ　ペゴル

IGU：イグラチモド　　　　　　　　　　　　　　　 ETN：エタネルセプト

LEF：レフルノミド　　　　　　　　　　　　　　 GLM：ゴリムマブ

MTX：メトトレキサート　　　　　　　　　　　　　 IFX：インフリキシマブ

MTX SC：メトトレキサート皮下注射　　　　　　　　OZR：オゾラリズマブ

SASP：サラゾスルファピリジン　　 SAR：サリルマブ

TAC：タクロリムス　　　　　　　　　　　　　　 TCZ：トシリズマブ

　　・JAK阻害薬　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ・バイオシミラー（BS)

BAR：バリシチニブ　 ADA BS：アダリムマブバイオシミラー

 FIL：フィルゴチニブ　　　　　　　　　　　 　 ETN BS：エタネルセプトバイオシミラー

PEF：ペフィシチニブ　　　　　　　　　　　　　 IFX BS：インフリキシマブバイオシミラー

TOF：トファシチニブ

UPA：ウパダシチニブ