

(教)

# リウマチ性疾患のリハビリに関する教育講義・実習等記録

## (教職員用)

講義/セミナー/演習/臨地実習等 名称	実施年月日 (時間)	申請単位数
内容	実施機関	
(名称) 講義 :『関節リウマチの病態とリハビリテーション』	令和〇年6月1日 (90分) 10:00 ~ 11:30	
(内容) 関節リウマチの病態、関節変形の特徴、関節可動域訓練・筋力強化・有酸素運動の進め方、関節保護動作と生活指導のポイントについて解説した。	実施機関名 ○○○○大学 ○○学部 リハビリテーション学科  都道府県名 : 東京都	1 単位
(名称) 演習 :『関節リウマチ患者のリハビリテーションの実際』	令和〇年7月1日 (45分) 10:00 ~ 10:45	
(内容) 疼痛評価、関節可動域測定、起立・歩行訓練、杖・歩行器など補助具選定の実際を示範し、安全確保と運動負荷設定についてロールプレイ形式で指導した。	実施機関名 ○○○○大学 ○○学部 リハビリテーション学科  都道府県名 : 東京都	0.5 単位
(名称)	令和 年 月 日 ( 分) : ~ :	
(内容)	実施機関名  都道府県名 :	_____単位
		計 ○ 単位

注) それぞれのシラバスを添付。  
上記スペースに書ききれない場合は別紙に記入。

申請者氏名

財団 リ太郎