（様式２）

2024年度版

症 例 報 告 (比較的最近にご経験された生活支援に関わった10症例を提出してください｡）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな　： |  |
| 受験者氏名： |  |
|  |  |

症例報告1

※症例報告順に番号記載

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等： |  | | | | | | 患者年齢： |  | 歳 | | 性別： | |  | | | |
| 該当期間：（西暦） |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ～（西暦） |  | | 年 | |  | | 月 |  | 日 |

※診断名、病歴、現症、評価、問題点、治療・支援計画、リハビリテーション治療・支援、リハビリテーション処方・指示、経過、最終結果、考察などについて1,000～1,200字で作成し、最後に本文の総字数を記載すること。A4片面1枚に収めること。リハビリテーション治療に必要な評価、問題点を提示し、各問題点に対するリハビリテーション処方と治療経過を明確に記載すること。

文字数【　　　　　　　字】