

患者 番号	性別	満年齢	処 方 診 科 名	主 疾 患 名	障 害 名	入院外来の別	発症からの期間 (おおよそ)	診療 報酬
9	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
10	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
11	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
12	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
13	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
14	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
15	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
16	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
17	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
18	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
19	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
20	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
21	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
22	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
23	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
24	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
25	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
26	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
27	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
28	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
29	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
30	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
31	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
32	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
33	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
34	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
35	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
36	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
37	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
38	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
39	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
40	1. 男 2. 女					1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	

[区分番号一覧] (調査票 B の記載時に利用)

「処方診療科名」

1. 内科
2. 外科
3. 産婦人科
4. 小児科
5. 眼科
6. 整形外科
7. 耳鼻咽喉科
8. 皮膚科
9. 泌尿器科
10. 精神神経科
11. 脳神経外科
12. 放射線科
13. 麻酔科
14. リハビリテーション科 (理学診療科)
15. その他 (具体的に記入)

「主疾患名」

1. 脳血管障害
2. 心疾患
3. 呼吸器疾患
4. 代謝疾患 (糖尿病等)
5. 血友病
6. パーキンソン
7. 脊髄小脳変性症
8. 筋ジストロフィー症
9. ギランバレー症候群
10. 多発性硬化症
11. ALS
12. 脳性麻痺
13. 慢性関節リウマチ
14. その他の膠原病
15. 骨折
16. 変形性関節症
17. 筋骨格系その他の疾患 (腰痛等)
18. 頭部外傷
19. 熱傷
20. 脊髄損傷
21. 末梢神経損傷
22. 切断
23. 痴呆
24. 精神分裂病
25. その他の精神疾患
26. 乳癌
27. その他の悪性新生物
28. 泌尿器系疾患
29. 廃用症候群
30. その他 (具体的に記入)

「障害名」

1. 関節可動域障害
2. 筋力低下
3. 姿勢異常
4. 呼吸障害
5. 感覚障害
6. 平衡機能障害
7. 嚥下障害
8. 疼痛
9. 四肢切断
10. 片麻痺
11. 四肢麻痺
12. 対麻痺
13. (運動) 失調
14. その他の麻痺
15. 運動発達遅滞
16. 精神発達遅滞
17. 全身体力低下
18. 高次脳機能障害
19. 知的障害
20. 精神障害
21. その他 (具体的に記入)

「診療報酬」: 理学療法

1. 理学療法 (I) 複雑
2. 理学療法 (I) 簡単
3. 理学療法 (I) 早期加算 = 3月以内
4. 理学療法 (II) 複雑
5. 理学療法 (II) 簡単
6. 理学療法 (II) 早期加算 = 3月以内
7. 理学療法 (III) 複雑
8. 理学療法 (III) 簡単
9. 理学療法 (IV) 複雑
10. 理学療法 (IV) 簡単
11. 早期理学療法 (I)
12. 早期理学療法 (II)
13. 心疾患リハビリテーション料
14. 難病患者リハビリテーション料
15. 在宅訪問リハビリテーション指導管理料
16. 退院時リハビリテーション指導料
17. 退院前訪問指導料
18. 退院時共同指導料
19. 退院時共同指導加算
20. 老人理学療法 (I) 複雑
21. 老人理学療法 (I) 簡単
22. 老人理学療法外来移行加算 (I) = 2月以内
23. 老人理学療法 (II) 複雑
24. 老人理学療法 (II) 簡単
25. 老人理学療法外来移行加算 (II) = 2月以内
26. 老人理学療法 (III) 複雑
27. 老人理学療法 (III) 簡単
28. 老人理学療法 (IV) 複雑
29. 老人理学療法 (IV) 簡単
30. 老人早期理学療法 (I)
31. 老人早期理学療法 (II)
32. 老人早期理学療法超早期加算
33. 老人リハビリテーション計画評価料
34. 老人リハビリテーション総合計画評価料
35. 入院生活リハビリテーション管理指導料
36. 老人退院前訪問指導料
37. 老人退院時リハビリテーション指導料
38. 寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料
39. 寝たきり老人退院時共同指導料
40. 老人デイ・ケア料 (I)
41. 老人デイ・ケア料 (II)

※ 裏面に続きます。

「診療報酬」：作業療法

42. 作業療法 (I) 複雑 43. 作業療法 (I) 簡単 44. 作業療法 (I) 早期加算 = 3月以内
45. 作業療法 (II) 複雑 46. 作業療法 (II) 簡単 47. 作業療法 (II) 早期加算 = 3月以内
48. 難病患者リハビリテーション料 49. 在宅訪問リハビリテーション指導管理料
50. 退院時リハビリテーション指導料 51. 退院前訪問指導料 52. 退院時共同指導料
53. 退院時共同指導加算 54. 老人作業療法 (I) 複雑 55. 老人作業療法 (I) 簡単
56. 老人作業療法外来移行加算 (I) = 2月以内 57. 老人作業療法 (II) 複雑
58. 老人作業療法 (II) 簡単 59. 老人作業療法外来移行加算 (II) = 2月以内
60. 老人リハビリテーション計画評価料 61. 老人リハビリテーション総合計画評価料
62. 入院生活リハビリテーション管理指導料 63. 老人退院前訪問指導料
64. 老人退院時リハビリテーション指導料 65. 寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理料
66. 寝たきり老人退院時共同指導料 67. 老人デイ・ケア料 (I) 68. 老人デイ・ケア料 (II)
69. 療養型病床群療養環境 70. 診療所療養型病床群療養環境 71. 入院生活技能訓練
72. 精神科作業療法 73. 精神科デイ・ケア (小規模) 74. 精神科デイ・ケア (大規模)
75. 精神科ナイト・ケア 76. 精神科デイ・ナイト・ケア 77. 精神療養病棟 (A)
78. 精神療養病棟 (B) 79. 精神科退院指導料 80. 精神科退院前訪問指導料
81. 精神科訪問看護・指導料 (I) 82. 精神科訪問看護・指導料 (II)
83. 老人性痴呆疾患治療病棟 84. 老人性痴呆疾患療養病棟
85. 重度痴呆患者デイ・ケア料 (I) 86. 重度痴呆患者デイ・ケア料 (II)
87. 重度痴呆患者入院治療料

〔調査票 A〕 理学療法士、作業療法士等リハビリテーション関連職種に関する調査

(お願い)

1. 施設長、もしくはリハビリテーション関連部署の総括責任者の先生にご記入をお願いいたします。
2. 下記の調査項目において不明のものについては、「不明」とご記入下さい。
3. ご回答は調査Bのご回答と一緒に同封の返信用封筒で平成11年2月10日までにご返送下さい。

施設名： _____

部(科)名： _____ ()

記入者氏名： _____ 記入者役職名： _____

電話番号：() - FAX番号：() -

施設の所在地：

〒 _____

(1) 貴施設はどの分類に該当しますか。該当する数字を○印で囲んで下さい。

{社会福祉施設}

A. 老人福祉施設

1. 養護老人ホーム
2. 特別養護老人ホーム
3. 老人福祉センター
4. その他： _____

B. 身体障害者更生援護施設

5. 重度障害者授産施設
6. 肢体不自由者更生施設
7. 身体障害者療護施設
8. 重度身障者授産施設
9. 身体障害者更生相談所
10. その他： _____

C. 児童福祉施設

11. 肢体不自由児施設
12. 肢体不自由児通園施設
13. 重症心身障害児施設
14. 精薄児通園施設
15. その他： _____

D. その他の社会福祉施設

16. 身障者福祉センターA型
17. 身障者福祉センターB型
18. その他： _____

{中間施設他}

19. 老人保健施設

20. その他 _____

(2) (1) 以外に併設されている事業がありましたら該当する数字を○印で囲んで下さい。

1. 在宅介護支援センター 2. デイ・サービスセンター
 3. 訪問リハビリテーションセンター
 4. その他: _____

(3) 入所定員数を記入して下さい。 入所定員数: _____ 名

(4) 年間(平成10年1月~12月)の平均入所者数(入所者数は新規入所者数ではなく、ある時点で入所している数とします)。

平均入所者数: _____ 名

(5) 年間(平成10年1月~12月)の平均通所者数。通所事業がない場合は(0)と記入して下さい。

平均通所者数: _____ 名

(6) 理学療法ならびに作業療法に携わる職員数について、それぞれ該当する数を記入し、該当しない箇所は(0)と記入して下さい。

A. 理学療法担当職員数

1. 理学療法士総数: _____ 名

内訳: 勤務形態ごとの理学療法士数を記入して下さい。

常勤	4回以上/週	3回/週	2回/週	1回/週	3回/月	2回/月	1回/月	1回未満/月
名	名	名	名	名	名	名	名	名

2. 理学療法士以外の理学療法担当職員(あんま、はり師、きゅう師、マッサージ師、看護助手および受付事務などの職員など)の総数: _____ 名

内訳: 職種(職名)と勤務形態ごとの理学療法担当職員数を記入して下さい。

職種(職名)	勤務形態								
	常勤	4回以上/週	3回/週	2回/週	1回/週	3回/月	2回/月	1回/月	1回未満/月
	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	名	名	名	名	名	名	名	名	名

B. 作業療法担当職員数

1. 作業療法士総数：_____名

内訳：勤務形態ごとの作業療法士数を記入して下さい。

常勤	4回以上/週	3回/週	2回/週	1回/週	3回/月	2回/月	1回/月	1回未満/月
名	名	名	名	名	名	名	名	名

2. 作業療法士以外の作業療法担当職員（看護助手および受付事務などの職員など）の総数：_____名

内訳：職種（職名）と勤務形態ごとの作業療法士数を記入して下さい。

職種（職名）	勤務形態								
	常勤	4回以上/週	3回/週	2回/週	1回/週	3回/月	2回/月	1回/月	1回未満/月
	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	名	名	名	名	名	名	名	名	名

(7) 平成 10 年 11 月（1ヶ月間）における理学療法ならびに作業療法部門の対象者延件数（1ヶ月間の取り扱い件数）。該当しない箇所は（0）と記入して下さい。

A. 入所者に対して

1. 理学療法士もしくは理学療法担当職員が担当した対象者延数：_____件
2. 作業療法士もしくは作業療法担当職員が担当した対象者延数：_____件

B. 通所者に対して

1. 理学療法士もしくは理学療法担当職員が担当した対象者延数：_____件
2. 作業療法士もしくは作業療法担当職員が担当した対象者延数：_____件

(8) 平成 10 年 1 月～12 月（1年間）における理学療法ならびに作業療法部門の対象者延件数（1年間の取扱件数）。該当しない箇所は（0）と記入して下さい。

A. 入所者に対して

1. 理学療法士もしくは理学療法担当職員が担当した対象者延数：_____件
2. 作業療法士もしくは作業療法担当職員が担当した対象者延数：_____件

B. 通所者に対して

1. 理学療法士もしくは理学療法担当職員が担当した対象者延数：_____件
2. 作業療法士もしくは作業療法担当職員が担当した対象者延数：_____件

- (9) 過去1年程度における理学療法・作業療法対象疾患の治療・訓練・指導の経験の有無についてお尋ねします。(記憶の範囲内ご回答下さい。) 該当する数字を○印で囲んで下さい。なお、特に頻度の高い疾患につきましては◎印で囲んで下さい。

疾患名	治療・訓練・指導の経験の有無			
	理学療法		作業療法	
1. 脳血管障害	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
2. 心疾患	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
3. 呼吸器疾患	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
4. 代謝疾患(糖尿病等)	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
5. 血友病	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
6. パーキンソン	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
7. 脊髄小脳変性症	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
8. 筋ジストロフィー症	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
9. ギランバレー症候群	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
10. 多発性硬化症	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
11. ALS	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
12. 脳性麻痺	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
13. 慢性関節リウマチ	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
14. その他の膠原病	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
15. 骨折	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
16. 変形性関節症	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
17. 筋骨格系その他の疾患(腰痛等)	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
18. 頭部外傷	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
19. 熱傷	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
20. 脊髄損傷	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
21. 末梢神経損傷	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
22. 切断	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
23. 痲呆	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
24. 精神分裂病	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
25. その他の精神疾患	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
26. 乳癌	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
27. その他の悪性新生物	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
28. 泌尿器系疾患	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
29.				
30.				

*その他の疾患につきましては、29～30の部分に具体的に記入して下さい。

- (10) 過去1年程度において、理学療法士もしくは理学療法担当者が入所者・通所者に関わる内容(目的)についてお尋ねします(記憶の範囲内ご回答ください)。該当する数字を○印で囲んで下さい。なお、特に頻度の高い内容につきましては◎印で囲んで下さい。

- ・理学療法担当者がいない場合は、表全体に斜線を引いて下さい。
- ・入所、通所事業のいずれかがない場合には、ない事業の表欄に斜線を引いて下さい。

内 容	実施の有無			
	入所者に対して		通所者に対して	
1. 運動機能評価	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
2. 精神機能評価	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
3. 訓練プログラム立案	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
4. 個人への訓練指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
5. 集団への訓練指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
6. 生活指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
7. 家族指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
8. 健康指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
9. 住宅改造指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
10. 福祉用具等の相談	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無

その他（具体的に記入して下さい）

入所者に対して： _____

通所者に対して： _____

- (11) 過去1年程度において、作業療法士もしくは作業療法担当者が入所者・通所者に関わる内容（目的）についてお尋ねします（記憶の範囲内ご回答下さい）。該当する数字を○印で囲んで下さい。なお、特に頻度の高い内容につきましては◎印で囲んで下さい。

- ・作業療法担当者がいない場合は、表全体に斜線を引いて下さい。
- ・入所、通所事業のいずれかが場合には、ない事業の表欄に斜線を引いて下さい。

内 容	実施の有無			
	入所者に対して		通所者に対して	
1. 運動機能評価	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
2. 精神機能評価	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
3. 訓練プログラム立案	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
4. 個人への訓練指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
5. 集団への訓練指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
6. 生活指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
7. 家族指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
8. 健康指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
9. 住宅改造指導	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無
10. 福祉用具等の相談	1. 有	2. 無	1. 有	2. 無

その他（具体的に記入して下さい）

入所者に対して： _____

通所者に対して： _____

[調査票 B] 理学療法士、作業療法士等リハビリテーション関連職種に関する調査

(お願い)

1. 調査実施日に利用者を取り扱った理学療法担当者、作業療法担当者が下記の調査項目をご記入下さい。
 - ① 担当者が各1名～5名の場合は、全員の方がご記入下さい。
 - ② 担当者が各6名以上の場合は、5名の方 (記入者をお選び下さい) がご記入下さい。
2. 上記の理学療法担当者、作業療法担当者の取扱ケースは40名分までご記入下さい。(ケース番号は40まであります)
3. 下記の調査項目において不明のものは、「不明」とご記入下さい。
4. ご回答は調査Aのご回答と一緒に、同封の返信用封筒で平成11年2月10日までにご返送願います。

施設名： _____ (_____)

部(科)名： _____

記入者氏名： _____

職種：1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. その他 (具体的に _____)

勤務：1. 常勤 2. 非常勤

調査実施日：平成11年2月4日(木)の午前9時～午後5時

なお、上記の調査実施日に調査ができない場合は他の日(下記に記入)に行ってください。

調査実施日：平成11年 _____ 月 _____ 日

(記入要領)

- ・「性別」、「入所・通所の別」は、該当する数字を○印で囲んで下さい。
- ・「主疾患名」、「障害名」、「訓練指導内容」は、「区分番号一覧(別紙)」に示した区分の番号を記入して下さい。
- ・「満年齢」、「発症からの期間」は、数字を記入、または□印で囲んで下さい。

ケース番号	性別	満年齢	主疾患名	障害名	入所・通所の別	発症からの期間(およそ)	訓練指導内容
例	①男 2.女	65	16	1	①入院 2.外来	3 (日、 <input type="text"/> 月、年)	4
1	1.男 2.女				1.入院 2.外来	(日、ヶ月、年)	
2	1.男 2.女				1.入院 2.外来	(日、ヶ月、年)	
3	1.男 2.女				1.入院 2.外来	(日、ヶ月、年)	
4	1.男 2.女				1.入院 2.外来	(日、ヶ月、年)	
5	1.男 2.女				1.入院 2.外来	(日、ヶ月、年)	
6	1.男 2.女				1.入院 2.外来	(日、ヶ月、年)	
7	1.男 2.女				1.入院 2.外来	(日、ヶ月、年)	

※ 裏面に続きます。

ケース番号	性別	満年齢	主疾患名	障害名	入所・通所の別	発症からの期間 (およそ)	訓練指導内容
8	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
9	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
10	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
11	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
12	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
13	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
14	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
15	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
16	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
17	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
18	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
19	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
20	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
21	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
22	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
23	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
24	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
25	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
26	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
27	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
28	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
29	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
30	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
31	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
32	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
33	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
34	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
35	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
36	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
37	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
38	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
39	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	
40	1. 男 2. 女				1. 入院 2. 外来	(日、ヶ月、年)	

[区分番号一覧] (調査票 B の記載時に利用)

「主疾患名」

1. 脳血管障害
2. 心疾患
3. 呼吸器疾患
4. 代謝疾患 (糖尿病等)
5. 血友病
6. パーキンソン
7. 脊髄小脳変性症
8. 筋ジストロフィー症
9. ギランバレー症候群
10. 多発性硬化症
11. ALS
12. 脳性麻痺
13. 慢性関節リウマチ
14. その他の膠原病
15. 骨折
16. 変形性関節症
17. 筋骨格系その他の疾患 (腰痛等)
18. 頭部外傷
19. 熱傷
20. 脊髄損傷
21. 末梢神経損傷
22. 切断
23. 痴呆
24. 精神分裂病
25. その他の精神疾患
26. 乳癌
27. その他の悪性新生物
28. 泌尿器系疾患
29. 廃用症候群
30. その他 (具体的に記入)

「障害名」

1. 関節可動域障害
2. 筋力低下
3. 姿勢異常
4. 呼吸障害
5. 感覚障害
6. 平衡機能障害
7. 嚥下障害
8. 疼痛
9. 四肢切断
10. 片麻痺
11. 四肢麻痺
12. 対麻痺
13. (運動) 失調
14. その他の麻痺
15. 運動発達遅滞
16. 精神発達遅滞
17. 全身体力低下
18. 高次脳機能障害
19. 知的障害
20. 精神障害
21. その他 (具体的に記入)

「訓練指導内容」

1. 運動機能評価
2. 精神機能評価
3. 訓練プログラム立案
4. 個人への訓練指導
5. 集団への訓練指導
6. 生活指導
7. 家族指導
8. 健康指導
9. 住宅改造指導
10. 福祉用具等の相談
11. その他 (具体的に記入)