第22号様式（第20条関係）

担当する医療に係る実績表（肢体不自由用）

医　師　氏　名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ． | 患者氏名（又は性別） | 年齢 | 治療内容 | 実施病院 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注（１）　以下のアからオのグループの中で、２グループに関係する疾患について症例提示をしてください。

　　　ア　乳幼児期の脳原性運動疾患　イ　関節疾患　ウ　成人期の中枢性麻痺疾患　エ　切断

オ　筋原性疾患

（２）　治療内容欄には、肢体不自由あるいはリハの視点からの関わりであることが分かるよう記載してください。

（３）　徒手筋力及び関節可動域測定について、○印でお答えください。

　　　ア　経験があり習熟している　イ　経験あるが習熟していない　ウ　経験はない