

Ⅱ リハビリテーション業務手順 ※Ⅰフローチャート（P24）を参照

（理学療法・作業療法・言語聴覚療法 共通）

1. リハビリテーションの指示と患者情報の収集

医師がリハビリテーション指示箋を記載し、リハビリテーション科に発行する。

リハビリテーション科は指示箋を受け取り、その記載内容を確認した後、複写のうち1枚は本カルテに、後はそれぞれの担当者が患者ごとのリハビリテーションカルテに添付する。担当セラピストは関係書類を作成・準備し、担当医や看護師等から患者について聞き取りを行なうとともに、カルテを参照するなどして患者情報を収集する。

2. 諸検査及び、初期評価

担当医及び、PT・OT・STは療法を実施する前に関節可動域検査、徒手筋力検査等の諸検査を実施し、初期評価を行なう。担当医は、立案したプログラムをもとにリハビリテーション実施計画書を作成し、その内容を説明して、実施計画書のコピーをカルテに添付する。

3. 週間予定(実施)表の作成

担当のセラピストごとに1週間分の実施予定表を作成し、入院患者の予定については病棟へ連絡する。外来患者についても、なるべく予約制にする。予定単位数を事前に把握し、規定の制限単位数を超えないように調整する。

4. リハビリテーション実施記録

訓練を実施後、リハビリ記録に実施日、開始時間と終了時間、疾患別、プログラム内容、実施単位数、患者の所見、訓練の評価等を記載し、実施者がサインまたは押印する。

リハビリ記録には、実施したプログラム内容や患者の訓練中の状態を記載し、画一的にならないように心掛ける。記載誤りを訂正する場合には、二重線で訂正(訂正印は特に必要なし)し、修正液などは絶対に使用しない。

5. 実施一覧表の作成と医事課への連絡

1ヶ月毎に各セラピストがリハビリカルテをもとに、実績を実施一覧表に記入し、月の最後に所属長が確認した後、医事課へ提出する。

6. カンファレンス

医師・看護師・ケースワーカー・PT・OT・ST等は適宜カンファレンスを行ない、リハビリ実施患者について個々の状況を把握し、プログラム内容の見直しや継続の必要性について検討する。

カンファレンスで検討した内容は、カンファレンス記録等に記載し保管する。リハビリテ

カンファレンスで検討した内容は、カンファレンス記録等に記載し保管する。リハビリテーションの指示内容が変更になる場合は、医師から新たな指示箋を発行してもらう。また、医師はリハビリテーション実施計画書を見直して患者に説明し、説明内容の要点をカルテに記載する。

7. 医師への報告・実施計画書の説明

患者の状態が変化している場合やプログラムの見直しが必要な場合、または医師への報告が必要と思われる場合には、その都度評価し、医師へ報告する。報告の結果、リハビリテーションの指示内容が変更になる場合は、医師から新たな指示箋を発行してもらう。疾患別のリハビリテーション実施にあたり、医師の定期的な運動機能検査のもとに、リハビリテーションの効果判定を行ない、リハビリテーション実施計画書を作成する。医師が患者に対して計画書の内容を説明し、カルテに添付しておく。

医師からコメント(カンファレンスや回診等も含む)があった場合、リハビリテーションカルテに日付・コメント内容・医師名を記載しておく。

8. 終了

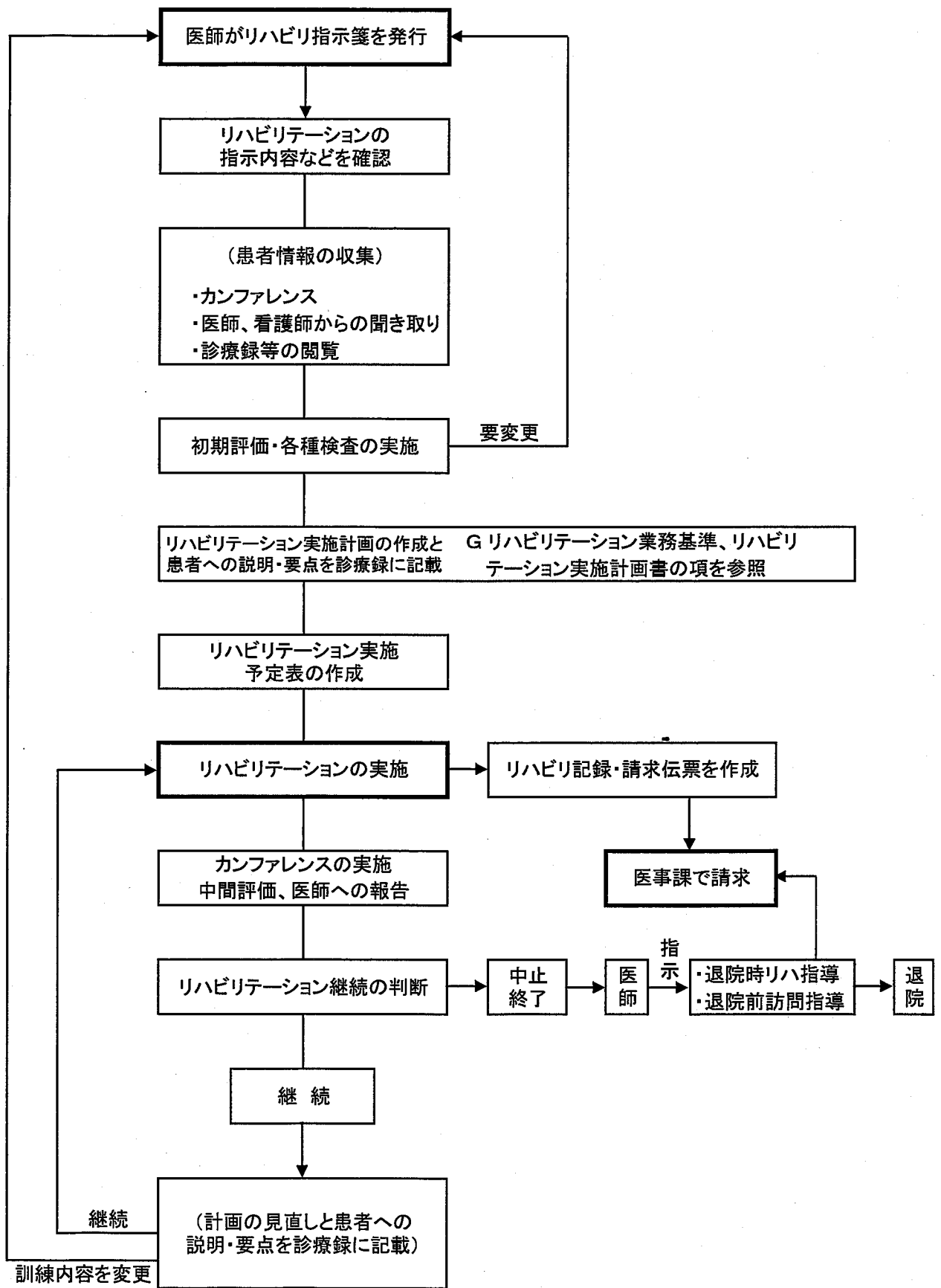
終了時にはサマリーを作成し、カルテに添付する。また、退院指導等を行った時は、内容をカルテに記載する。

カルテは綴じて保管する。

9. 業務日誌の記載

業務日誌に、その日の実施単位数を記載し、各従事者の週間予定(実施)と照らし合わせながら、1日1人あたりの実施単位数を超えていないか確認する。

I フローチャート



Ｊ リハビリテーション（理学作業言語）実施記録

（ 年 月 ）

実施日	実施時間	種別	実施単位	種別	早期加算	訓練内容	所見・評価	実施者 印・サイン
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機				

K 評価報告書 (初期 ・ 中間)

医師確認欄

科	Dr	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">報告日 /</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">報告者 /</td> </tr> </table>	報告日 /	年	月	日	報告者 /			
報告日 /	年	月	日							
報告者 /										
<input type="checkbox"/> 初期評価 評価日 / 年 月 日										
<input type="checkbox"/> 中間評価 評価日 / 年 月 日										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">ID /</td> <td style="width: 50%;">外来 ・ 入院</td> </tr> <tr> <td>患者氏名 /</td> <td>様 男 女</td> </tr> <tr> <td>明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平</td> <td>年 月 日生 才</td> </tr> </table>			ID /	外来 ・ 入院	患者氏名 /	様 男 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日生 才		
ID /	外来 ・ 入院									
患者氏名 /	様 男 女									
明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日生 才									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">検査日 /</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> </table>		検査日 /	年	月	日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">訓練期間 / 約</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">カ</td> <td style="width: 10%;">月</td> </tr> </table>	訓練期間 / 約	年	カ	月
検査日 /	年	月	日							
訓練期間 / 約	年	カ	月							
<p>◎評価</p>										
<p>◎目標</p>										
<p>◎プログラム</p>										
<p>◎備考</p>										

L リハビリテーションカンファレンス記録

◎開催日時 [年 月 日 () : ~ :]

担当医	リハDr	所属長	記載者

検討ケース		担当 医師	担 当 従 事 者	検討内容・評価など	医師のコメント
患者	入院 外来			医療 介護
患者	入院 外来			医療 介護
患者	入院 外来			医療 介護
患者	入院 外来			医療 介護
出席者					

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生(歳)	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医	PT	OT	ST			
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態(高血圧,心疾患,糖尿病等)			

評価項目・内容[コロン(:)の後に具体的内容を記入]

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレート) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位,MMT:)	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	

自立度 ADL・ASL等	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」					姿勢・場所(訓練室・病棟等)介助内容等		
	自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使 用 用 具 杖・装 具	姿 勢・ 実 行 場 所 等	独 立	監 視	一 部 介 助		全 介 助	非 実 施
屋外歩行													
病棟トイレへの歩行													
病棟トイレへの車椅子駆動													
車椅子・ベッド間移乗													
椅子座位保持													
ベッド起き上がり													
排尿(昼)													
排尿(夜)													
食事													
整容													
更衣													
装具・靴の着脱													
入浴													
コミュニケーション													
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:) 理由) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キャッチアップ												

参加	職業(含:主婦・学生)(職種・業種・仕事内容:)	社会参加(内容・頻度等,発症前状況を含む)
----	---------------------------	-----------------------

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明書サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:	男・女	生年月日(西暦)	年	月	日	計画評価実施日	年	月	日
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):		合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:			
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2			認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、V、M						

評価項目・内容[コロン(:)の後ろに具体的内容を記入]

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症: 種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:
	基本動作 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):	

活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)							
	ADL(B.I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
活動	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10 ←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能→		5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
	合計(0~100点)	点					
コミュニケーション							

目標(1ヶ月後、退院時):	本人・家族の希望:
---------------	-----------

リハビリテーションの治療方針:

目標到達予想時期:	説明者署名:
-----------	--------

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人: 本人、家族() 署名:
------------------	-----------------------

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日(歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: [] <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: [] <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: [] <input type="checkbox"/> 拘縮:(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛:(部位) <input type="checkbox"/> その他() []
参加 主目標[コロン(:)の後に具体的内容を記入]		認知症に関する評価
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		
家庭内役割(家事への参加、等):		
社会活動:		
外出(内容・頻度等):		
余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		

項目	自立・介護 状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・もたれ 等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、ST が実施する 内容・頻度等	その他の従事 者が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・ 社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

項目	自立・介護 状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・もたれ 等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、ST が実施する 内容・頻度等	その他の従事 者が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起き上がり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
(主目標参加)	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
(すべて実行状況)	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類:) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所:) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:	
心身機能構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利者の	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	-------	-------	-------	--------

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日: 年 月 日

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)			年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左		
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):				合併症(コントロール状態):				リハビリテーション歴:				
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2						認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M						

評価項目・内容[コロン(:)の後に具体的内容を記入]					短期目標(月 後)	具体的アプローチ	
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS, GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他:						
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL(B.I)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10 ←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能→		5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0				
合計(0~100点)				点			
コミュニケーション	理解						
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定) 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先(<input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他) 復職(<input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他) 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑うつ: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
1か月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期:			
退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)			
退院後の社会参加の見込み:			説明者署名:

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族() 署名:
---------------------------------	---------------------------

リハビリテーション部会運営委員会委員名簿

(2008年10月1日現在)

委員長	大塚 晃	十条リハビリテーション病院 事務長
副委員長	橋本 幸典	京都大原記念病院 リハビリテーション部次長
副委員長	山中 由美子	京都博愛会病院 リハビリテーション科主任
委員	秋本 喜英	武田病院 リハビリテーション科科长
委員	植村 健吾	シミズ病院 リハビリテーション科科长
委員	志藤 良子	京都民医連第二中央病院 リハビリテーション科副主任
委員	田後 裕之	第二岡本総合病院 リハビリテーション科技師長
委員	大西 武史	京都きづ川病院 理学療法士
委員	加藤 里美	第二京都回生病院 作業療法士
委員	西村 ひろみ	洛和会音羽病院 リハビリテーションセンター課長
委員	山田 典子	京都南病院 リハビリテーション部主任
担当理事	河端 一也	新河端病院 理事長
担当理事	滋岡 嘉弘	宇治黄檗病院 常務理事

リハビリテーション帳票マニュアル

2008年10月3日

発行：社団法人 京都私立病院協会

監修：社団法人 京都私立病院協会
リハビリテーション部会運営委員会