|  |
| --- |
| 回復期リハ看護師認定コース　事例検討　　　ＩＤ：　　　　　（　　　Ｇ）　　/  担当事例　脊損・骨疾患・廃用・脳血管（○をしてください）  **テーマ：** |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　歳代　　　　　　　　性別： |
| 病　名：  既往歴： |
| 現病歴 |
| 入院時の状況 |
| 入院中の経過 |
| 論点 |