

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査
リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
施設向け患者調査票（脳血管疾患等リハビリテーション）

- 平成 18 年 12 月 1 日～12 月 31 日の間において、『脳血管疾患等リハビリテーションを開始してから 180 日に到達した患者さん』又は、『脳血管疾患等リハビリテーションの算定を終了した患者さん』の状況についてお答えください。
- 調査票は全部で 7 ページあります。

問 1. 患者さんの基本情報についてお伺いします。

患者さんの性別 (あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください)	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女
患者さんの生年月日 (あてはまる元号を 1 つだけ○で囲み、数字をご記入ください)	(明治・大正・昭和・平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
診療区分 (あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください)	<input type="checkbox"/> 1 外来 <input type="checkbox"/> 2 入院

問 2. 調査時点における患者さんの脳血管疾患等リハビリテーション料の算定対象疾患についてお伺いします。

問 2-1. 調査時点の算定対象疾患として、あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください。

<input type="checkbox"/> 1 脳梗塞
<input type="checkbox"/> 2 脳出血
<input type="checkbox"/> 3 くも膜下出血
<input type="checkbox"/> 4 その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後
<input type="checkbox"/> 5 脳腫瘍
<input type="checkbox"/> 6 脳膿瘍
<input type="checkbox"/> 7 脊髄損傷
<input type="checkbox"/> 8 脊髄腫瘍
<input type="checkbox"/> 9 その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後
<input type="checkbox"/> 10 多発性神経炎
<input type="checkbox"/> 11 多発性硬化症
<input type="checkbox"/> 12 末梢神経障害その他の神経疾患
<input type="checkbox"/> 13 パーキンソン病
<input type="checkbox"/> 14 脊髄小脳変性症
<input type="checkbox"/> 15 その他の慢性的神経筋疾患
<input type="checkbox"/> 16 失語症
<input type="checkbox"/> 17 失認症及び失行症
<input type="checkbox"/> 18 高次脳機能障害
<input type="checkbox"/> 19 難聴や人工内耳挿入手術等に伴う聴覚・言語機能の障害
<input type="checkbox"/> 20 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害
<input type="checkbox"/> 21 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

(⇒問 2-2 へお進みください。)

問 2-2. 対象の患者さんは算定日数上限の除外対象患者に該当しますか。あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 該当する 2 該当しない (⇒問 2-3 へお進みください。)

問 2-2 で「1 該当する」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-2-1. 算定日数上限除外適用項目として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

<input type="checkbox"/> 1 失語症、失認および失行症	あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください
<input type="checkbox"/> 2 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 1 失語症 <input type="checkbox"/> 2 失認症 <input type="checkbox"/> 3 失行症
<input type="checkbox"/> 3 重度の頸髄損傷	
<input type="checkbox"/> 4 頭部外傷および多部位外傷	
<input type="checkbox"/> 5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する疾患	<input type="checkbox"/> 1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後 2 ヶ月以内の状態 <input type="checkbox"/> 2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症又は手術後 2 ヶ月以内の状態 <input type="checkbox"/> 3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群を有しており、手術後又は発症後 2 ヶ月以内の状態 <input type="checkbox"/> 4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後 1 ヶ月以内の状態
<input type="checkbox"/> 6 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患	
<input type="checkbox"/> 7 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者	
あてはまる場合は○で囲んでください	<input type="checkbox"/> 1 神経障害による麻痺及び後遺症

問 2-3. 調査時点における起算の状況について、それぞれ数字でお答えください。

発症日、手術日又は急性増悪となった日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
リハビリテーションを開始した日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
リハビリテーションを終了した日 (継続中の場合は記入不要です)	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
リハビリテーション実施計画書の説明を行った日 (実施計画書を作成していない場合は記入不要です)	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

(⇒問 2-4 へお進みください。)

問 2-4. 患者さんは問 2-1 でお答えいただいた脳血管疾患等リハビリテーション料の算定対象疾患以外に疾患・障害を有していますか。あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

有 ・ 無 (⇒ 無の場合、問 2-5 へお進みください。)

問 2-4 で「1 有」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-4-1. 該当する疾患・障害として、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1 心大血管リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つで囲んでください

1 急性心筋梗塞、狭心症その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者

2 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

2 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つで囲んでください

1 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者

2 脳腫瘍、脳膜癌、脊髄腫瘍、脊髄神経腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

3 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者

4 パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者

5 失語症、失認症及び失行症、高次脳機能障害を有する患者

6 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者

7 顔・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

8 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

3 呼吸器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つで囲んでください

1 肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者

2 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者

3 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者

4 運動器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つで囲んでください

1 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者

2 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

(⇒問 2-5 へお進みください。)

問 2-5. 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する前に、過去(平成 18 年 4 月以降)に算定していたリハビリテーション料はありますか。あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 有 ・ 2 無 (⇒ 無の場合、問 3 へお進みください。)

問 2-5 で「1 有」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-5-1. 実際に算定していた項目として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 心大血管疾患リハビリテーション料

2 脳血管疾患リハビリテーション料

3 呼吸器リハビリテーション料

4 運動器リハビリテーション料

5 難病患者リハビリテーション料

6 障害児(者)リハビリテーション料

問 2-5-2. 現在の脳血管疾患等リハビリテーション料に切り替えた理由として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 病態が変化したため

2 新たな疾患が発症したため

3 その他(具体的に: _____)

問 3. 調査時点における算定の状況についてお伺いします。

問 3-1. 算定を開始した日以降、11 月末日までの間の通算単位数及び算定日数の合計を月ごとに数字でご記入ください。

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	合計
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数
摂食機能療法	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数
ADL 加算	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数	単位数 日数

(⇒問 3-2 へお進みください。)

問 3-2. 以下の項目のうち、本年4月以降この患者さんについて算定した項目がありましたら、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1	地域連携退院時共同指導料
2	退院前訪問指導料
3	退院時リハビリテーション指導料
4	訪問看護指示料
5	退院前在宅療養指導管理料
6	その他（具体的に： <input type="text"/>

問 4. 実施したリハビリテーションの内容についてお伺いします。

問 4-1. 実施したリハビリテーションの内容について、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1	言語聴覚療法	
2	作業療法（ADL 訓練以外）	
3	摂食機能訓練	
4	運動療法	
	あてはまる番号を全て○で囲んでください	
	1 全身調整訓練	2 神経筋再教育訓練
	3 関節可動域訓練	4 物理療法
5	日常生活活動訓練	
	あてはまる番号を全て○で囲んでください	
	1 整容	2 更衣
	3 調理	4 食事
	5 排泄	6 入浴
	7 その他	
6	基本動作訓練	
	あてはまる番号を全て○で囲んでください	
	1 起居	2 座位保持
	3 移乗	4 歩行（平行棒内歩行）
	5 歩行（補助具を使用した歩行）	6 歩行（訓練室内歩行）
7	実用歩行訓練	
	あてはまる番号を全て○で囲んでください	
	1 屋内歩行（病棟内のトイレへの歩行・階段昇降等）	
	2 屋外歩行	

(⇒問 4-2 へお進みください。)

問 4-2. リハビリテーション関連行為を実施した場合、その回数について、数字でお答えください。（未実施の場合は 0 と記入してください。）

リハカンファレンス	<input type="text"/> 回
リハ処方	<input type="text"/> 回

問 5. 調査時点の患者さんの状態についてお伺いします。

問 5-1. 患者さんのリハビリテーションの段階について、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 急性期	2 回復期	3 維持期
-------	-------	-------

問 5-2. 患者さんの状態について、バーセルインデックス又は FIM を評価している場合には、その点数をリハビリテーション開始時と調査時の総得点をそれぞれ数字でご記入ください。

バーセルインデックス	開始時	<input type="text"/> 点	終了時	<input type="text"/> 点
------------	-----	------------------------	-----	------------------------

FIM	開始時	<input type="text"/> 点	終了時	<input type="text"/> 点
-----	-----	------------------------	-----	------------------------

問 5-3. 患者さんの医療処置の状況について、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1	中心静脈栄養
2	経鼻経管栄養
3	胃瘻
4	気管切開
5	人工呼吸器
6	在宅酸素療法
7	人工透析
8	尿道バルーン
9	その他（具体的に： <input type="text"/>

問 5-4. 患者さんの状態の評価として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1	これ以上の身体機能の改善の見込みはない
	あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください
	1 生活の場で状態の維持が可能
	2 状態の維持のためにリハビリテーションの継続が必要
2	身体機能の改善の見込みがある

(⇒問 6 へお進みください。)

問 6. 調査時点で、医療保険による患者さんのリハビリテーションは終了しましたか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 終了した 2 終了していない

問 6. で「1 終了した」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 6-1. リハビリテーション終了時又は終了後の患者さんへの対応について、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1	介護保険サービスを紹介した
あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 介護老人保健施設を紹介した
	2 介護療養型医療施設を紹介した
	3 特別養護老人ホームを紹介した
	4 訪問リハビリテーション（訪問看護事業所からのリハビリテーションを含む）を紹介した
	5 通所リハビリテーションを紹介した
	6 通所介護（デイサービス）を紹介した
	7 その他（具体的に：_____）
2	他の医療機関による医療保険の訪問リハビリテーションを紹介した
あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 入院によるリハビリテーションを紹介した
	2 通院によるリハビリテーションを紹介した
	3 訪問によるリハビリテーションを紹介した
3	職業リハビリテーション施設*を紹介した
4	スポーツクラブや健康増進施設等を紹介した
5	日常生活上の指導（関節可動域訓練、持久力訓練、筋力訓練、呼吸訓練等）を行った
6	あん摩、鍼灸などの代替医療を紹介した
7	外来の定期的診療で対応する（予定含む）
8	新たな疾患のために別のリハビリテーション料を算定する（予定含む）
あてはまる番号を1つ○で囲んでください	1 心大血管疾患等リハビリテーション料
	2 脳血管疾患等リハビリテーション料
	3 呼吸器リハビリテーション料
	4 運動器リハビリテーション料
9	特段の対応はしていない
10	その他（具体的に：_____）

* 障害者の職業的自立を促進するために法律で位置づけられているリハビリテーション機関（障害者職業センター、障害者職業能力開発校など）

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査
 リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
 施設向け患者調査票（運動器リハビリテーション）

- 平成18年12月1日～12月31日の間において、『運動器リハビリテーションを開始してから150日に到達した患者さん』、又は、『運動器リハビリテーションの算定を終了した患者さん』の状況についてお答えください。
- 調査票は全部で8ページあります。

問1. 患者さんの基本情報についてお伺いします。

患者さんの性別 (あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者さんの生年月日 (あてはまる元号を1つだけ○で囲み、数字をご記入ください)	(明治・大正・昭和・平成) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
診療区分 (あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください)	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院

問2. 調査時点における患者さんの運動器リハビリテーション料の算定対象疾患についてお伺いします。

問2-1. 調査時点の算定対象疾患として、あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者さん	<input type="checkbox"/> 上・下肢の複合損傷（竹、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷） <input type="checkbox"/> 脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上） <input type="checkbox"/> 体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のもの
慢性の運動器疾患により、一定以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者さん	<input type="checkbox"/> 関節の変性疾患 <input type="checkbox"/> 関節の炎症性疾患 <input type="checkbox"/> 熱傷瘢痕による関節拘縮 <input type="checkbox"/> 運動器不安定症等

(⇒問2-2へお進みください。)

問2-2. 対象の患者さんは算定日数上限の除外対象患者に該当しますか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

該当する 該当しない (⇒問2-3へお進みください)

問2-2で「1 該当する」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問2-2-1. 算定日数上限除外適用項目として、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 失語症、失認および失行症	<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 失認症 <input type="checkbox"/> 失行症
2 高次脳機能障害	
3 重度の頭脳損傷	
4 頭部外傷および多部位外傷	
5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態 <input type="checkbox"/> 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症又は手術後2ヶ月以内の状態 <input type="checkbox"/> 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態 <input type="checkbox"/> 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後1ヶ月以内の状態
6 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患	<input type="checkbox"/> 悪性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 突発性大腿骨頭壊死 <input type="checkbox"/> 広汎脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 黄色靭帯骨化症
7 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者	<input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 脊髄の奇形及び障害 <input type="checkbox"/> 先天性の体幹四肢の奇形又は変形 <input type="checkbox"/> 先天性又は進行性の神経筋疾患 <input type="checkbox"/> 神経障害による麻痺及び後遺症

問2-3. 調査時点における起算の状況について、それぞれ数字でお答えください。

発症日、手術日又は急性増悪となった日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
リハビリテーションを開始した日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
リハビリテーションを終了した日 (継続中の場合は記入不要です)	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
リハビリテーション実施計画書の説明を行った日 (実施計画書を作成していない場合は記入不要です)	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

(⇒問2-4へお進みください。)

問 2-4. 患者さんは問 2-1 でお答えいただいた運動器リハビリテーション料の算定対象疾患以外に疾患・障害を有していますか。あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

有 ・ 無 (⇒ 無の場合、問 2-5 へお進みください。)

問 2-4 で「1 有」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-4-1. 該当する疾患・障害として、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1 心大血管リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください

急性心筋梗塞、狭心症その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者

慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

2 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者

脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者

パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性的の神経筋疾患の患者

失語症、失認症及び失行症、高次脳機能障害を有する患者

難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者

頭・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

3 呼吸器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください

肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者

肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者

慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息その他の慢性的の呼吸器疾患により、一定以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者

4 運動器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください

上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者

関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性的の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

(⇒問 2-5 へお進みください。)

問 2-5. 運動器リハビリテーション料を算定する前に、過去(平成 18 年 4 月以降)に算定していたリハビリテーション料はありますか。あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

有 ・ 無 (⇒ 無の場合、問 3 へお進みください。)

問 2-5 で「1 有」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-5-1. 実際に算定していた項目として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 心大血管疾患リハビリテーション料

2 脳血管疾患リハビリテーション料

3 呼吸器リハビリテーション料

4 運動器リハビリテーション料

5 難病患者リハビリテーション料

6 障害児(者)リハビリテーション料

問 2-5-2. 現在の運動器リハビリテーション料に切り替えた理由として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 病態が変化するため

2 新たな疾患が発症したため

3 その他(具体的に：)

問 3. 調査時点における算定の状況についてお伺いします。

問 3-1. 算定を開始した日以降、11 月末日までの間の通算単位数及び算定日数の合計を月ごとに数字でご記入ください。

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	合計
運動器リハビリテーション料(I)	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日
運動器リハビリテーション料(II)	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日
ADL 加算	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 単位 <input type="text"/> 日

(⇒問 3-2 へお進みください。)