

同意書		(あん摩マッサージ指圧療養費用)
患者	住所	〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3
	氏名	〇 〇 〇 〇
	生年月日	明・大・昭・平 〇年 〇月 〇日
傷病名	脳梗塞 左片麻痺 認知症	
発病年月日	昭・平 〇年 〇月頃	日
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (〇をつけて下さい)	
診察日	平成	年 月 日
症状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、〇をつけて下さい) 軀幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、〇をつけて下さい) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 ( )
	その他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい) ADL四肢筋力低下、関節可動域の維持、両下肢浮腫、
施術の種類 施術部位	マッサージ	( 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 )
	変形徒手矯正術	( 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 )
往療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 ( ) 分かれば記載下さい	
	1. 独歩による公共交通機関を使うのが困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ( )	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)	
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>平成 平成〇〇年 〇月 〇日</p> <p>保険医療機関名 〇 〇 病院</p> <p>所在地 〇〇市〇〇町〇-〇-〇</p> <p>保険医氏名 〇 〇 〇 〇</p>		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。(裏面参照)  
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。