

※記入例及び説明

別添2 (別紙1)

見本		同意書		(あん摩マッサージ指圧療養費用)
患者	住所	患者様の保険証記載の住所を記入してください。		
	氏名		患者様の保険証記載の氏名を記入してください。	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
傷病名	脳血管疾患（脳梗塞・脳出血等）、〇〇術後症、脊柱管狭窄症、変形性関節症（膝・股関節等）、肩関節周囲炎、リウマチ、糖尿病、パーキンソン病、アルツハイマー病、認知症、廃用性疾患・・・等々明確に傷病名を記載してください。			
発症年月日	昭和・平成・令和	年	月	日 ※不詳でも可
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (〇をつけて下さい)			
診察日	直近の診察日を記入してください。令和 年 月 日			
症状	筋麻痺	(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)		
	筋萎縮	〇 軀幹 ・ 右上肢 ・ 〇 左上肢 ・ 右下肢 ・ 〇 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) 〇 右肩 ・ 右肘 ・ 右手首 ・ 〇 右股関節 ・ 〇 右膝 ・ 右足首 その他 〇 左肩 ・ 左肘 ・ 左手首 ・ 〇 左股関節 ・ 〇 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) 四肢筋力低下、疼痛、手足のしびれ・・・等々			
施術の種類	マッサージ	〇 軀幹 〇 右上肢 〇 左上肢 〇 右下肢 〇 左下肢) ・ 温罨法		
施術部位	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 (1~5) 分かれば記載下さい 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 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	施術にあたって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意) 左大腿骨に人工関節挿入あり・・・等々			
<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>令和 年 月 日 (同意した日を記入してください。)</p> <p>保険医療機関名 医療機関名を記入してください。</p> <p>所在地 医療機関の住所を記入してください。</p> <p>保険医氏名 署名・捺印は必ず必要です。 印</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入して下さい。