

同 意 書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
同 意 区 分	初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけて下さい)	
診 察 日	令和 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	<small>(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢
	関 節 拘 縮	<small>(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい)</small> 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	<small>(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)</small>
施術の種類	マッサージ (軀 幹 右 上 肢 左 上 肢 右 下 肢 左 下 肢)	
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 ()分かれれば記載下さい	
	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>令 和 年 月 日</p> <p>保 険 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 険 医 氏 名</p>		

印

※ 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。(注意事項参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。