

同意書（あんま・マッサージ・指圧療養費用）

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
傷病名		
発病年月日	昭和・平成 年 月 日	
同意区分	初回・再同意（2回目以降）	
診療歴	本日（同意日）が初めての診療である（ はい・いいえ ）	
症状	筋麻痺	（筋麻痺のある部位について、該当する箇所には○をしてください。） 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○をしてください。） 肩 肘 手首 手指 股関節 膝 足首 頸部 腰部
	その他	（具体的に記載してください）
（再同意の場合） 前回同意時からの 症状の改善状況		
施術の種類と 施術部位	マッサージ（ 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）計 _____ 部位	
	変形徒手矯正術（ 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ） 計 _____ 部位	
要加療期間	要加療期間 か月（週 回程度）※要加療期間限度：マッサージ…3か月 変形徒手…1か月	
患者の歩行、 通院、介助 の状況	歩行	自立 杖等を利用 車椅子（操作：可・不可） 歩行不可
	通院	徒歩 公共交通機関利用 タクシー 自家用車運転 家族等の送迎 その他（ ）
	介助	無し 有り（ 家族 施設職員 その他（ ） ）
往療の必要性	必要とする 必要としない	
往療を必要とする理由	（往療について、歩行、通院、介助の状況から必要性が表現できない場合に、具体的に記載してください）	
<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します。なお、施術にあたっての「往療」の必要性については、上記のとおりです。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在</p> <p>当該疾病主治医 ㊟</p>		

・内容については、保険者より問い合わせをさせていただくことがございます。