初回と6ヶ月毎に添付が必要です。療養費支給申請書に添付してください。

同　意　書
（医師の施術同意書）

【あん摩・マッサージ・指圧療養費用】

患　　者	住　　所	
	氏　　名	
	生 年 月 日	年　　月　　日
傷 病 名		
発 病 年 月 日	年　　月　　日	
同 意 区 分	初回の同意　・　再 同 意　（○をつけてください）	
診　察　日	年　　月　　日	
症　　状	筋麻痺 筋委縮	（筋麻痺又は筋委縮のある部位について○をつけてください） 駆幹　・　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○をつけてください） 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、筋委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記載ください）
施術の種類 施術部位	マッサージ　（ 駆幹　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（　　）分かれば記載ください 1．独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 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ください（任意）	

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。

年　　月　　日

保険医療機関名

所　　在　　地

保 険 医 氏 名

※<u>主治医の保険医</u>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。保険医氏名は診察した医師の氏名を記載してください