

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。

| (記入例) | | 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) 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 | (頸 椎 ・ 腰 椎 ・ 肩 肘 部 ・ 右 上 肢 ・ 右 下 肢) | | |
| | 変形徒手矯正術 | (右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢) | | |
| 治療 経緯 | 1. 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 | | |
| | 2. 認知症や視覚・聴覚・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 | | | | |

保険医記入欄

初回と6ヶ月毎の申請時に

添付が必要です。

整形外科などの主治医の

保険医に

記載を依頼してください。

※主治医の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。保険医氏名は診察した医師の氏名を記載してください