

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	明・大・昭・平 年 月 日
傷 病 名	脳梗塞後遺症・パーキンソン病・変形性膝関節症など 症状と関連のある傷病名をお願いします。	
発病年月日	昭・平 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	平成 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、○をつけて下さい)	
	筋 萎 縮	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ついて、○をつけて下さい)	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)	
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)	
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。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名 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。(裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

【同意書記入例】

マッサージ対象疾患一覧

脳疾患障害後遺症	頸椎損傷
脳梗塞後遺症	四肢体幹機能障害
脳出血後遺症	脊柱管狭窄症
パーキンソン病	大腿骨頸部骨折後遺症
多発性脳梗塞	四肢筋萎縮
パーチャ病	大脳皮質萎縮
筋ジストロフィー	脊髄小脳変性症
ニューロパチー	サルコイドーシス
変形性腰痛症	末梢神経障害
変形性股関節症	ギランバレー症候群
変形性脊髄症	神経原生筋萎縮症
慢性関節リウマチ	筋萎縮性側索硬化症
多発性関節リウマチ	全身廃用症候群
腰椎椎間板ヘルニア	下肢筋肉廃用萎縮
脳性麻痺	閉塞性動脈硬化症
頸髄損傷	筋力低下