在宅リハビリ・マッサージ　同意書記入例

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		
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 筋萎縮	（筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい） 躯幹　・　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 施術部位	マッサージ　（　躯幹　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 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

発症年月日

不明な場合は【不詳】と

ご記入ください

診察日

直近のご診察日をご記入ください。本項目は無診察同意を禁じたものであり、過去３か月以内に診察を受けた者が同意書の交付対象となります

施術の種類・施術部位

当院では「変形徒手矯正術」は決して無理なことはせず、あくまで可動域制限内において自動・他動運動主体に愛護的に行うことをお約束します。

また施術部位におきましては全身への施術をお勧めいたしております。全身のマッサージに加え、主たる部位以外の残存機能の改善を目的に、上肢及び下肢へのリハビリを積極的に行っておりますので、重ねてお願い申し上げます。

交付日・医療機関名・所在地・氏名・印鑑

交付日はご記入した日付をご記入ください。

その他、医療機関名・所在地・氏名はスタンプでも構いません。

印鑑はお忘れずにお願いいたします。

大変お手数ではございますが、患者様のために誠心誠意努めてまいりますことをお誓いいたします。

何卒よろしくお願いいたします。