

# 同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
傷病名		
発病年月日	不詳	
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. 四肢筋力低下 4. その他( )	
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術 3. 温罨法	
マッサージ 施術部位	1. 躯幹 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢	
変形徒手矯正術	1. 左上肢 2. 右上肢 3. 左下肢 4. 右下肢	
往療 (マッサージ)	1. 必要とする 2. 必要としない	
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養の為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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 印</p>		

# (見本) 同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	《 保険証住所 》
	氏名	
	生年月日	①大正・昭和 ○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	
発病年月日	昭和・①平成 ○年 ○月 ○日	不詳
症状	①筋麻痺 ②関節拘縮 ③四肢筋力低下 ④その他( )	
施術の種類	①マッサージ ②変形徒手矯正術 ③電気療法	
マッサージ 施術部位	① 軀幹 2. 左上肢 3. 右 関節可動域拡大の必要がある患者様には、 こちらに○お願い致します。	
変形徒手矯正術	① 左上肢 2. 右上肢 ③ 左下肢 4. 右下肢	
往 療	① 必要とする 変形徒手矯正術が必要部位を ○お願い致します。	
上記の者については、頭書の疾病により療養の為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

# ご参考

## 訪問リハビリマッサージ対象傷病名と症状

### 例 医師同意 傷病名

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 脳疾患障害後遺症      | <input type="checkbox"/> 頸椎損傷            |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症 脳出血後遺症 | <input type="checkbox"/> 広範脊柱管狭窄症        |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病       | <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折後後遺症     |
| <input type="checkbox"/> 多発性脳梗塞        | <input type="checkbox"/> 四肢筋萎縮           |
| <input type="checkbox"/> バージャ病         | <input type="checkbox"/> 大脳皮質萎縮          |
| <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー      | <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症          |
| <input type="checkbox"/> ニューロバチー       | <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症         |
| <input type="checkbox"/> 純粋アキネシア       | <input type="checkbox"/> サルコイドーシス        |
| <input type="checkbox"/> 変形性腰椎症        | <input type="checkbox"/> 末梢神経障害          |
| <input type="checkbox"/> 変形性膝関節症       | <input type="checkbox"/> ギランバレー症候群       |
| <input type="checkbox"/> 変形性脊椎症        | <input type="checkbox"/> 神経原生筋萎縮症        |
| <input type="checkbox"/> 慢性関節リュウマチ     | <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症       |
| <input type="checkbox"/> 多発性関節リュウマチ    | <input type="checkbox"/> 全身性廃用症候群        |
| <input type="checkbox"/> 腰椎椎間板ヘルニア     | <input type="checkbox"/> 上下肢筋肉廃用性萎縮      |
| <input type="checkbox"/> 脳性麻痺          | <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症        |
| <input type="checkbox"/> 頸椎損傷          | <input type="checkbox"/> 長期透析合併症による骨関節障害 |
| <input type="checkbox"/> 多発性筋炎         | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症            |

### 例 医師同意 症状

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 筋麻痺  | <input type="checkbox"/> 運動機能障害   |
| <input type="checkbox"/> 関節拘縮 | <input type="checkbox"/> 四肢体幹機能障害 |
| <input type="checkbox"/> 筋固縮  | <input type="checkbox"/> 四肢筋力低下   |
| <input type="checkbox"/> 筋萎縮  |                                   |