　　　　　　　　　同　意　書（あんま・マッサージ療養費用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 病名 |  | |
| 症　　　状  施術が必要な症状  について具体的に  記入ください。 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 施術同意理由  施術による効果等の  同意理由を具体的に  記入ください。 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 発病年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 初診年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 初回同意年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 施術同意期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | |
| 往療の必要性 | 必要とする　⇒  必要としない | 医療機関の受診方法が通院である場合は、往療を要する具体的理由ご記入ください。 |
| 上記の者については、頭書の疾病により、あんま・マッサージの施術が必要と認め、  同意する。  同　意　日　　　　　年　　　月　　　日  保険医療機関名  所　　在　　地  保　　険　　医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

**往療状況確認表**

　　　　　月分　施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（　　　　　　　　　　　　）施設種別（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 同一日・  同一建物  記入欄 | 往療の起点  （出発点または先順位住所） | 施術開始時間 | 起点からの直線距離  （地図上の直線距離） |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| <往療を必要とする理由>  １．独歩による公共交通機関等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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  <介護保険の要介護度>　（ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ）分かれば記載下さい  <医療機関等への受診方法についてお知らせください>  　1.独歩　2.往診　3.車椅子等（　　　　　　　　）  付き添い（　ア．有り　　イ．無し） |

注　・　施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど

・　同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。

・　同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を

算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。

・　往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。

・　個人情報の取り扱いには、十分注意すること。