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。