

※初療の日から1年以上経過し、かつ、月16回以上の施術がある場合、必ず提出してください。

別添2(別紙5)

| 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 | | (マッサージ用) | |
|---|-----------------------------------|----------------------|----------|
| | | (令和 年 月 日) | |
| 患者 | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | |
| 傷病名 | | | |
| 症状 | 1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 () | | |
| 施術の種類 | 1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術 | | |
| 施術部位 | 1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢 | | |
| 初療年月日 | 平・令 年 月 日 | | |
| 施術回数 | 月 回 (当該月の施術回数を記載) | | |
| 患者の状態の評価 | | 評価日 | 令和 年 月 日 |
| 基本動作 | 寝返り | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 | |
| | 起き上がり | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 | |
| | 座位 | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 | |
| | 立ち上がり | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 | |
| | 立位 | 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 | |
| 前月の評価の有無 | 1. 有り 2. 無し | | |
| 前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有り」の場合に記入) | | | |
| 1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大 | | | |
| (症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術が必要な理由) | | | |
| 上記のとおりであります。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師氏名 | | | |