

# 依 頼 状

先生ご机下

下記の患者様は健康保険でのマッサージ、変形徒手矯正術の施術を希望されております。

ご高診のうえ、ご同意くださいますようお願い致します。

患者氏名	様
患者生年月日	大・昭・平 年 月 日生
発病年月日	昭・平 年 月 日
希望施術	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術 ( 肢)
部位	1. 軀 幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢
往 療	1. 必要とする 2. 必要としない
適応症 (既往症含む)	<p>療養費の支給対象となるのは、あん摩マッサージ指圧師の施術のうち、医療上必要があつて行われたと認められるマッサージが対象である。</p> <p>このマッサージの適応症は、一律に診断名によることなく、筋麻痺・関節拘縮等であつて、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。(平成16年10月1日 保医発第1001002号より)</p> <p>*以下は「療養費の支給基準」(社会保険研究所発行)より抜粋</p> <p>脳血管障害等の麻痺による半身麻痺、半身不随</p> <p>骨・関節手術後の関節運動機能障害 脱臼後遺症 骨折後遺症</p> <p>先天性斜頸 先天性股関節脱臼 神経麻痺 顔面神経麻痺</p> <p>神経痛 関節リウマチ 関節拘縮(関節が動かない) 痛風</p> <p>その他 関節可動域の拡大 筋力増強</p> <p>( )</p>
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ( )

平成 年 月 日

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合所属 住 所

あんまマッサージ指圧師 施術所名

氏 名

印



厚生労働省北海道厚生局長認可

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合 電話(011) 213-1033