

依 頼 状

医師 様

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・令 年 月 日生
発病年月日	昭・平・令 年 月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再同意（前回 年 月 日）
症 状	筋麻痺 筋萎縮 軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢
	関節拘縮 右肩 右肘 右手首 右股関節 右膝 右足首 その他 左肩 左肘 左手首 左股関節 左膝 左足首 （ ）
	その他
希望施術	マ ッ サ ー ジ（軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢）
	変形徒手矯正術（ 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 ）
往 療	1. 必要とする(理由) 2. 必要としない
適 応 症 (既往症含む)	筋麻痺、片麻痺に代表されるような麻痺の緩解措置としての医療マッサージ、あるいは、関節拘縮や筋萎縮が起こり、その制限されている関節可動域の拡大を促し症状の改善を図る変形の矯正を目的とした医療マッサージ(四肢の6大関節への変形徒手矯正術)などが支給対象となります。また、脳出血による片麻痺、神経麻痺、神経痛などの症例に対しても保険医の同意により必要性が認められる場合は療養費の支給対象となります。

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



北海道知事認可

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合 電話 (011) 213-1033