別添２（別紙５）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （マッサージ用）  １年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書  （令和　　年　　月分） | | | | | |
| 患 者 | | 氏 名 |  | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 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 | | 昭 ・ 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |

備考　　この用紙は、Ａ列４番とすること。