|  |
| --- |
|  診 断 書 （あん摩マッサージ指圧療養費用）  |
| 患 者  | 住 所  |   |
| 氏 名  |   |
| 生 年 月 日  | 明・大・昭・平 年 月 日  |
| 傷 病 名  |   |
| 発病年月日  | 昭・平・令 年 月 日  |
| 診察区分  | 初 診 ・ 再 診 （○をつけて下さい）  |
| 診 察 日  | 令和 年 月 日  |
| 症 状  | 筋 麻 痺筋 萎 縮  | （筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい）  躯幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢  |
| 関節拘縮  | （関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい） 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  |   |
| 歩行等  の状態  | 介護保険の要介護度 （ ）分かれば記載下さい １．独歩による公共交通機関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 （ 　　　 ）  |
| 注意事項等  | 注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）  |
| 令和　　年　　月　　日保険医療機関名　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　保険医氏名　　　　　　　　　　 |

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。