|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。