

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) 軀 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つての外出が困難 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 <u>保 険 医 療 機 関 名</u> <u>所 在 地</u> <u>保 険 医 氏 名</u>		

※ 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。