

施術に係る同意書（あんま・マッサージ用）

組合員番号									組合員氏名	
療養者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日								療養者氏名	
傷病名										
発病年月日	年 月 日									
施術に同意 した理由	(※病状及び経過も含めて具体的に記入してください。)									
同 意 区 分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけてください。)									
施術を必要と 認めた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
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、○をつけてください。) 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、○をつけてください。) 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	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載ください。)								
施術の種類 施術部位	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)									
訪問又は往療	1. 必要とする 2. 必要としない									
	訪問又は往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 分かれれば記載ください。 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	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください(任意)。									
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、 マッサージの施術に同意する。 年 月 日 〒 ー 所在地 名 称 氏 名 電 話										

- [注意事項] 1 「施術を必要と認めた期間」は、6か月を限度として同意書を交付してください。
2 「あんま・マッサージ」の施術と医療機関との併行治療はできません。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和6年10月)