

診 断 書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

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 年 月 日			
診察区分		初 診 ・ 再 診 （○をつけて下さい）			
診 察 日		平成 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）				
平成 年 月 日					
保 険 医 療 機 関 名					
所 在 地					
保 險 医 氏 名					
印					

※ 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。