別添２（別紙５）

１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書

（マッサージ用）
（　　年　　月分）

患者	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
傷病名		
症状	１．筋麻痺　２．関節拘縮　３．その他（　　）	
施術の種類	１．マッサージ　２．変形徒手矯正術	
施術部位	１．躯幹　２．右上肢　３．左上肢　４．右下肢　５．左下肢	
初療年月日	年　　月　　日	
施術月	上記初療日以降で直近2年間に、月16回以上の施術が5か月以上実施されている施術月	
	令和　年　月	令和　年　月
	令和　年　月	令和　年　月
	令和　年　月	
施術回数	月　　回　（当該月の施術回数を記載）	

患者の状態の評価		評価日	令和　　年　　月　　日
基本動作	寝返り	１．自立　２．一部介助　３．全介助	
	起き上がり	１．自立　２．一部介助　３．全介助	
	座位	１．自立　２．一部介助　３．全介助	
	立ち上がり	１．自立　２．一部介助　３．全介助	
	立位	１．自立　２．一部介助　３．全介助	
前月の評価の有無	１．有り　２．無し		

前月の状態からの改善や変化（前月の評価の有無が「有り」の場合に記入）

１．悪化　２．維持　３．改善小　４．改善中　５．改善大

（症状、経過及び初療の日から１年以上経過して、月１６回以上の施術が必要な理由）

上記のとおりであります。

令和　　年　　月　　日

あん摩マッサージ指圧師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考　この用紙は、A列４番とすること。