

課長	担当

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

あんま・マッサージ

(年 月分)

患者	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	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			
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記入)			
患者の状態の評価	評価日 : 平成・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 2. 無			
前月の状態からの改善や変化	(前月の評価の有無が「有」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 : (印)				