

(マッサージ用)

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

(年 月分)

患 者	氏 名					
	生年月日	明・大・昭 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. 軀幹	2. 右上肢	3. 左上肢	4. 右下肢	5. 左下肢	
初 療 年 月 日	昭・平・令 年 月 日					
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	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。

年 月 日

あん摩マッサージ指圧師氏名

(印)