

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		
保険医氏名		
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。