# 施術継続理由・状態記入書
# （1年以上・月16回以上）

【マッサージ用】

（　　年　　月分）

| | | |
|---|---|---|
| 患　　者 | 記号・番号 | ― |
| | 氏　　名 | |
| | 生年月日 | 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 | 平成・令和　　年　　月　　日 | |
| 施術月 | 上記初療日以降で直近2年間に16回以上の施術が5ヶ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

ANAグループ健康保険組合

＜2024.12改＞