

◇事務面接時同意書テスト事前資料◇

■ マッサージ同意書チェックポイント ■

- ① 症状欄の「関節拘縮」の部位と、施術の種類・施術部位欄の「変形徒手矯正術」の部位は、完全に一致する必要がある。一致しない場合、医師の指示があったとしても、一致しない部位は算定できない。
(上肢＝肩・肘・手首 下肢＝股関節・膝・足首)
例：右肩に○がついている＝右上肢の施術が可能
- ② 変形徒手矯正術は、マッサージの加算扱いの施術となる。その為、変形徒手矯正術の施術部位に○がついていたとしても、マッサージの該当部位に○がない場合は、算定することができない。
- ③ 往療欄の「必要とする」に○がない場合、訪問マッサージの訪問（往療）料金は算定できない。また、往療を必要とする理由の該当箇所に○が必要となる。
- ④ 診察日より後の同意日が有効である。(同日可) 診察日より前の同意日で発行された同意書は無効となる。
- ⑤ 医師名・病院名・病院所在地がない同意書は無効となる。
- ⑥ 訂正箇所には二重線を引き、医師名の押印が必要である。
- ⑦ 同意書の有効期限は、施術の種類が、マッサージのみの場合は6ヵ月、変形徒手矯正術も併用して行う場合は1ヶ月となる。

| 同 意 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・令 年 月 日 | |
| 同意区分 | 初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい) | |
| 診 察 日 | 令和 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 | (筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい) |
| 施術の種類 施術部位 | マッサージ (軀幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢) | |
| | 変形徒手矯正術 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢) | |
| 往 療 | 1. 必要とする 2. 必要としない | |
| | 往療を必要とする理由 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 | 施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意) | |
| <p>上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | |

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。(裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。