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) 躯幹　・　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っての外出が困難 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。