

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)			
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい)			
	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得の外出が困難 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)				
<p style="margin: 0;">平 成 年 月 日</p> <p style="margin: 0;">保 険 医 療 機 関 名</p> <p style="margin: 0;">所 在 地</p> <p style="margin: 0;">保 険 医 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>					

※ 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。