

別添2（別紙2）

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・令	年
傷 病 名			
発病年月日	昭・平・令 年 月 日		
診察区分	初 診 ・ 再 診 (○をつけて下さい)		
診 察 日	令 和 年 月 日		
症 状	筋 麻 痿	(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	
	筋 萎 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)		
令 和 年 月 日			
保 险 医 療 機 関 名			
所 在 地			
保 险 医 氏 名			

※ 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。