

## 施術報告書

〇〇クリニック

医師 ■■ ▲▲ 先生御侍史

- 以下のとおり、施術の状況を報告いたします。
- 本報告をご覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否についてご判断いただきますようお願ひいたします。
- ご不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記までご連絡いただきますようお願ひいたします。

患者氏名	佐藤 二子 さま
患者生年月日	昭和 10 年 2 月 20 日
施術の内容	<傷病名> 脳梗塞後遺症（左片麻痺）、廃用症候群 <施術内容> #1 左上下肢（麻痺側）に対するマッサージ及び関節可動域訓練（変形徒手矯正術） #2 右上下肢及び体幹に対するマッサージ及びストレッチ、筋力トレーニング、立上り・歩行訓練（屋内）
施術の頻度	月 平均 12 回
患者の状態・経過	評価期間：H30.10. 5～H30.11.3 体温：36.2～36.5°C、脈拍：60～74、SPO2:97～99% 血圧（上）：90～115、（下）57～84 #1 左肩関節：屈曲 110、外転85→屈曲 125、外転85 左肘関節：伸展 -50→ -45 左膝関節：屈曲：-30→ -25 左足関節：底屈：-10→ -10 #2 右膝の痛みの訴えは変わらず、自主的な運動を促しているが消極的ため、新たな自主トレーニングメニューを作成中。日中臥床傾向にあり不動である事が多く身体機能の改善に繋がっておりませんが、少しづつ促していき改善に繋がるよう努めたいと思います。
特記すべき事項	

平成 30 年 11 月 3 日

施術所名 全鍼治療院

住所 東京都新宿区四谷三丁目〇〇—〇〇

電話・FAX番号 03-1111-2222

メールアドレス qqqq@www.ne.jp

### 記入上のポイント

#### <施術の内容>

- ・同意を受けた傷病名を記載する

- ・施術内容について

マッサージ療養費は「筋麻痺、片麻痺に代表されるように、麻痺の緩解措置としての手技、あるいは、関節拘縮や筋委縮がおこっているところに、その制限されている関節可動域の拡大と筋力増強を促し、症状の改善を目的とする医療マッサージである」とされています。

従って変形徒手矯正術などは「関節可動域の拡大」により症状の改善を目指す事が目的となり、マッサージは「筋力増強など」により症状の改善を目指すという事になります。

神経痛などの傷病名で同意を頂いている場合は、「痛みの緩和」が目的となります。

同意を得ているそれぞれの部位に対する施術内容（マッサージか徒手矯正か）などに対して「どのような目的」で「どのような施術を行ったか」が分かるよう記載します。

#### <頻度>

- ・同意期間中の月平均の施術回数を記載。

症状の変化によって頻度が変わった場合は、その旨を記載する。

#### <患者の状態・経過>

- ・マッサージと変形徒手矯正術では支給可能期間・有効期間が異なるため、評価期間を記載する。

- ・バイタルなどを記録している場合、その評価期間中の一番低い値と一番高い値を記載する。（マッサージの場合高齢者が多く運動処方も行う場合が多いと思われるので、バイタルを記録する事が望ましい）

- ・<施術の内容・頻度>欄で記載した、それぞれの部位に対するそれに施術についての患者の状態の変化を記載する。

徒手矯正であれば「6大関節に対する関節可動域の拡大」が目的となるため、可動域の変化を記載する。

マッサージで筋力増強を目的とするのであればMMTの記載でも構わないが、訪問施術などの場合、日常生活においてどのような改善に繋がったかなどを記載すると他職種との連携が取りやすくなる。