

| 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書                 |                                   |             | (マッサージ用)  |        |
|---|-----------------------------------|-------------|-----------|--------|
|   |                                   |             | (令和 年 月分) |        |
| 患者                                      | 氏名                                |             |           |        |
|   | 生年月日                              | 昭・平・令 年 月 日 |           |        |
| 傷病名                                     |                                   |             |           |        |
| 症状                                      | 1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ( )         |             |           |        |
| 施術の種類                                   | 1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術               |             |           |        |
| 施術部位                                    | 1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢 |             |           |        |
| 初療年月日                                   | 昭・平・令 年 月 日                       |             |           |        |
| 施術回数                                    | 月 回 (当該月の施術回数を記載)                 |             |           |        |
| 患者の状態の評価                                |                                   | 評価日         | 令和 年 月 日  |        |
| 基本動作                                    | 寝返り                               | 1. 自立       | 2. 一部介助   | 3. 全介助 |
|   | 起き上がり                             | 1. 自立       | 2. 一部介助   | 3. 全介助 |
|   | 座位                                | 1. 自立       | 2. 一部介助   | 3. 全介助 |
|   | 立ち上がり                             | 1. 自立       | 2. 一部介助   | 3. 全介助 |
|   | 立位                                | 1. 自立       | 2. 一部介助   | 3. 全介助 |
| 前月の評価の有無                                | 1. 有り 2. 無し                       |             |           |        |
| 前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有り」の場合に記入)     |                                   |             |           |        |
| 1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大        |                                   |             |           |        |
| (症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術が必要な理由) |                                   |             |           |        |
| 上記のとおりであります。                            |                                   |             |           |        |
| 令和 年 月 日                                |                                   |             |           |        |
| あん摩マッサージ指圧師氏名 _____                     |                                   |             |           |        |

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。