

常務理事	事務長	主 事	係 員

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	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. あり 2. なし	
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			
あんまマッサージ指圧師 氏名			