

同意書 (往療マッサージ 療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. 筋萎縮 4. その他()	
状態	歩行困難 ・ 歩行不能 ・ 寝たきり	
上記原因病名		
施術指定部位	全部位 または 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ 体幹 (全部位とは四肢と体幹の合計5部位をさします)	
発病年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
往療の必要性	1. 必要とする 2. 必要としない	

頭書の理由により往療のマッサージ施術に同意します。

平成 年 月 日

保険医療機関名 _____

所在地 _____

保険医名 _____ (印)

主治医の先生へ……訪問リハビリマッサージ・サービスについての説明

在宅メディカル・マッサージは、病名や傷名に関係なく、手足や関節などに「麻痺・拘縮・筋力低下・萎縮」といった症状を有する方で歩行困難、又は歩行不能な方を対象に主治医師の同意のもと ADLの維持・向上を目標に行なうものです。[医師の同意に基づき、健康保険の適用となります]

効果

- 疼痛の緩和
- 関節可動域の維持・拡大
- 内臓諸器官の機能改善
- 心理的効果(心のケア)
- 血液・リンパの循環改善
- 心肺機能の改善
- 残存機能の改善

内容と目的

- **血圧測定** お身体の状態をチェック
理学療法訓練基準の訓練事項をもとに無理なく治療。(基準を越える場合は施術中止や内容変更)
- **ストレッチ**
血行動態改善、筋萎縮予防、関節可動域の維持・拡大。
- **リンパマッサージ**
血液・リンパの循環改善、浮腫改善、疼痛緩和、褥瘡予防。
- **機能訓練運動** 生活行為に直接結びつく機能訓練(生活リハビリ)
合併症の予防と身体機能、体力の向上・維持、日常生活の上での行動を安易にする。
- **コミュニケーション**
定期的に担当施術者がお伺いし、利用者様と施術者の間に信頼関係を構築していくことによって、精神的なケア(心理的なケア)も期待できます。

※尚、診療報酬明細書に同意書交付時には「同意書交付料」が算定できることになっております。

今後とも、何卒よろしくお願いいたします。

ケアファクトリー浦安/訪問リハビリ・マッサージ
TEL 047-382-3101 FAX 047-382-3102
浦安市富岡4丁目3番10号