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）
（　　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	年　　月　　日	
施術月	上記初療日以降で直近2年間に、月16回以上の施術が5か月以上実施されている施術月	
	年　月	年　月
	年　月	年　月
	年　月	年　月
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	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。

年　　月　　日

あん摩マッサージ指圧師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考　この用紙は、A列４番とすること。

１年以上・月１６回以上施術継続理由・状態記入書

（はり・きゅう用）
（　　年　　月分）

患　　者	氏　名	
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
傷　病　名	１．神経痛　２．リウマチ　３．頸腕症候群　４．五十肩 ５．腰痛症　６．頸椎捻挫後遺症　７．その他（　　）	
施術の種類	１．はり　２．きゅう　３．はり・きゅう併用	
初療年月日	年　　月　　日	
施術月	上記初療日以降で直近2年間に、月16回以上の施術が5か月以上実施されている施術月	
	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月
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	年　　月　　日

痛みの強さ

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

ＮＲＳ（Numerical Rating Scale：ﾆｭｰﾒﾘｶﾙ ﾚｰﾃｨﾝｸﾞ ｽｹｰﾙ）による評価

（注）全く痛みがない状態を「０」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「１０」として、今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。

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。

年　　月　　日

はり師・きゅう師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考　この用紙は、A列４番とすること。