

(裏面)

同意書の交付について

○ 同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費の支給の対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく、筋麻痺、筋萎縮、関節拘縮など、医療上のマッサージを必要とする症例です。
- 3 貴院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、貴院での治療が優先されるため、貴院にて患者に医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧の施術結果に責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関および保健医療養担当規則第 17 条の「保険医は（中略）同意を与えてはならない」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行が条件とはなりません。

- 5 「症状」欄 3 段目の「その他」欄は、1 段目又は 2 段目の筋麻痺、筋萎縮、関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧の施術にあたって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。
- 7 保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

○ 再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む）の留意点

- 8 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヶ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 9 上記 8 の再同意にあたり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参あいている場合（またはあん摩マッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は施術報告書の内容をご確認願います。
- 10 上記 8 の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「はり師、きゅう師およびあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係わる療養費の支給の留意事項について」（平成 16 年 10 月 1 日付保医発第 1001002 号）に基づくものです。

療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱に差異が生じないよう、取扱指針としての支給基準等を厚生労働省が通知により定めております。

別添 2(別紙 1)

同 意 書		(あんまマッサージ指圧療養用)
患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	昭・平 年 月 日	
同意区分	初 回 の 同 意 ・ 再 同 意 (○をつけてください)	
診 察 日	令 和 年 月 日	
症 状	筋 麻 痺 筋 萎 縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけてください) 軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢
	関 節 拘 縮	(関節拘縮がある部位について、○をつけてください) 右 肩 ・ 右 肘 ・ 右 手 首 ・ 右 股 関 節 ・ 右 膝 ・ 右 足 首 そ の 他 左 肩 ・ 左 肘 ・ 左 手 首 ・ 左 股 関 節 ・ 左 膝 ・ 左 足 首 ()
	そ の 他	(筋麻痺、筋萎縮または関節拘縮がある部位以外に施術を必要とする場合に記載してください)
施術の種類	マッサージ (軀 幹 ・ 右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢)	
施術部位	変形徒手矯正術 (右 上 肢 ・ 左 上 肢 ・ 右 下 肢 ・ 左 下 肢)	
往 療	1. 必要とする 2. 必要としない	
	往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かればご記載ください 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知度や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 ()	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項などがあれば記載してください (任意)	
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上の マッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>令 和 年 月 日</p> <p>保 険 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 険 医 氏 名</p>		

印

※ 保険医が、該当疾病について診察の上で同意する必要があります (裏面参照)
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。