（あんま･マッサージ用）

1年以上･月16回以上施術継続理由･状態記入書

（平成　　年　　月分）

患　　者	氏　　名	
	生年月日	明・大・昭・平　　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　　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	平成　　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。

平成　　年　　月　　日

あんまマッサージ指圧師　氏名　　印