別添２（別紙１）

同　意　書　（あん摩マッサージ指圧療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令　年　月　日	
同意区分	初回の同意　・　再同意　（○をつけて下さい）	
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、○をつけて下さい） 躯幹　・　右上肢　・　左上肢　・　右下肢　・　左下肢
	関節拘縮	（関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい） 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、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい）
施術の種類 施術部位	マッサージ　（　躯幹　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　）	
	変形徒手矯正術（　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　）	
訪問又は往療	１．必要とする（通所して治療を受けることが困難）２．必要としない	
	訪問又は往療を必要とする理由　介護保険の要介護度　（　）分かれば記載下さい １．独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 ２．認知症や視覚、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等があれば記載して下さい（任意）	

□同意書交付の留意点（裏面）を確認しました。

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。

令　和　年　月　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名

※　保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付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下さい。

（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、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。

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・関節拘縮等、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術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（リハビリテーションにおいて行う場合を含む）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。なお、オンライン診療での同意書の交付は認められません。

※　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対して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及び保険医療養担当規則第 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」欄の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当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。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

7　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。

8　上記７の再同意に当たり、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している場合（又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。

9　上記７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、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」（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いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

別添２（別紙２）

診　断　書　(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
診察区分	初　診　・　再　診　　（○をつけて下さい）	
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、○をつけて下さい) 躯幹　・　右上肢　・　左上肢　・　右下肢　・　左下肢
	関節拘縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい) 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	
歩行等の状態	介護保険の要介護度　（　　）分かれば記載下さい 1．独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 2．認知症や視覚、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	注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

令　　和　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　　在　　地

保険医氏名

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。