

マッサージ同意書（H30 10 月）改定対応について

平成 30 年 9 月 21 日

下記の通り平成 30 年 10 月の改定に対応した「マッサージ同意書（H30 版）」「針及びきゅう療養費用同意書（H30 年度版）」が作成いただけるようになりましたのでご連絡いたします。

1. 「マッサージ同意書（H30 版）」が 10 月の改定に対応しました。

「医事文書」の新規作成もしくは「内容編集」より編集画面を開いていただくと「同意区分」、往療の必要性の理由欄に「介護保険の要介護度」が追加となりました。

傷病名						
発病日（発病年を空欄にした場合不詳になります。）	平成	2018	年	09	月	01
同意区分	☒ 初回の同意 ☐ 再同意					
筋麻痺・筋萎縮	☐ 体幹部	☐ 右上肢	☐ 右下肢	☐ 左上肢		
筋固縮	☐ 体幹部	☐ 右上肢	☐ 右下肢	☐ 左上肢		
運動機能障害	☐ 体幹部	☐ 右上肢	☐ 右下肢	☐ 左上肢	☐ 左下肢	
筋力低下	☐ 体幹部	☐ 右上肢	☐ 右下肢	☐ 左上肢	☐ 左下肢	

選択されると同意書に反映されます。

傷病名	
発病日	平成2018年09月01日
同意区分	☒ 初回の同意 ☐ 再同意
筋麻痺・筋萎縮	☐ 体幹部 ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢

往療の必要性	☐ 必要とする ☐ 必要としない ☒ 1.独歩による公共交通機関での外出困難 ☐ 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独で外出困難 ☐ 3.その他()
往療の必要性の理由	介護保険の要介護度 ☐ 該当なし ☐ 要支援 ☒ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ わからない
注意事項	

選択されると同意書に反映されます。

往療	必要の有無	☐ 必要とする ☐ 必要としない
	必要理由	☒ 1.独歩による公共交通機関での外出困難 ☐ 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独で外出困難 ☐ 3.その他() 介護保険の要介護度：要介護1

2. 「針及びきゅう療養費用同意書(H30 年度版)」を追加しました。
「医事文書」の新規作成より作成いただけます。

「同意書」作成

サマリー表示

過去所見

定型文

記入日	平成30年09月21日
患者氏名	テスト患者
住所	
生年月日	昭和2年05月05日（91歳）
病名	☒ 神経痛 ☒ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他
発病年月日	平成 2018 年 9 月 1 日
同意区分	☒ 初回の同意 ☐ 再同意
診察日	平成30年09月21日
注意事項	
医院名	医療法人モバカル会 かるがも在宅クリニック 〒221-0031 神奈川県横浜市神奈川区新浦島町1-1-32 TEL 在：050-5577-5406 / FAX 045-450-3359★
医師名	
算定医師	管理者医師
別文書として登録 修正	

同 意 書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	テスト患者
	生年月日	昭和2年05月05日（91歳）
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() ※ 1～6は、当てはまるものに ☒ をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載ください。	
発病年月日	平成2018年9月1日	
同意区分	☒ 初回の同意 ☐ 再同意	
診察日	平成30年09月21日	
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）	
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。		
平成30年09月21日 医療法人モバカル会 かるがも在宅クリニック 〒221-0031 神奈川県横浜市神奈川区新浦島町1-1-32 TEL 在：050-5577-5406 / FAX 045-450-3359★		
保険医氏名	印	