

長期かつ頻回な施術の理由及び今後の施術計画		(マッサージ用)
患 者	氏 名	
	生年月日	明・大・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. 軀幹 2・右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢	
初療年月日	平 ・ 令 年 月 日	
施 術 回 数	回 (当該月の施術回数を記載)	
1. 頻回な施術を必要とした詳細な理由について		
(患者の症状、経過を時系列で記載すること)		
【初療時】		
【現在】		
(上記に対する施術師の所見を記載すること)		
(2年以上経過してもなお月1・6回以上の施術が必要な詳細な理由を記載すること)		
【裏面へ続く】		

2. 今後の施術計画について

(今後の施術内容及び施術の頻度 (月○回など具体的に記載すること))

(頻回月から現在までの症状経過 (筋麻痺・関節拘縮等の症状について))

(現在の状況)

- ☐ 関節可動域制限
- ☐ 拘縮・変形
- ☐ 筋力低下
- ☐ 運動機能障害
 - (☐麻痺 ☐不随意運動 ☐運動失調 ☐パーキンソニズム)
- ☐ 筋緊張異常

(今後の施術計画 (6ヶ月から1年先の目標))

上記のとおりであります。

令和 年 月 日

あん摩マッサージ指圧師氏名