

同意書 (はり・きゅう)

患者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
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○を付けて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする症状で鍼灸に同意する病名を記入下さい。	
	発症年月日	昭・平・令 年 月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○を付けて下さい)	
医師の診察	診察日	令和 年 月 日
	場 所	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 患家 <input type="checkbox"/> 施設等 (名称:)
	診断名	
	治療内容等	検査: 処置等: 投薬: 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	所 見	(医師による適当な治療手段がないと判断した理由を記載願います)
注意事項等	施術にあたって注意すべき事項 (任意)	
<input type="checkbox"/> 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、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意します。 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名 診療科 () 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。

同意書の交付について(はり・きゅう)

○同意書交付の留意点

1. 患者が、はり・きゅうの施術を受け、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適切な治療手段がないと診断した場合に、当該同意書を患者に交付する必要があります。
2. はり・きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疾病）であって保険医による適切な治療手段のないものです。具体的には、
 - (ア) 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適切な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。（「病名」欄1～6）
 - (イ) (ア)以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適切な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。（「病名」欄7）
 - (ウ) (ア)及び(イ)の疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。
3. 同意する疾病について、処置や投薬等の治療（但し、同意書交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者はあ
る・きゅう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、同意した保険医ははり・きゅう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（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。
5. はり・きゅう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。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

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 大・昭・平・令 年 月 日
医師の診察	診察日 令和 年 月 日
	場 所 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 患家 <input type="checkbox"/> 施設等（名称： ）
	診断名
	治療内容等 検査： 処置等： 投薬： 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	所 見 （医療上マッサージを必要とする理由について記載願います）
症 状	筋麻痺 筋委縮 （筋麻痺又は筋委縮のある部位について○をつけて下さい） 軀幹・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、筋委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	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
訪問又は往療	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（ ）
発症年月日	昭・平・令 年 月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 （○を付けて下さい）
注意事項等	施術にあたって注意すべき事項（任意）
<input type="checkbox"/> 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学上のマッサージが必要と認めマッサージの施術に同意します。 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名 診療科（ ） 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。

同意書の交付について（あん摩マッサージ指圧）

○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医療上マッサージが必要と診断し、当該同意書を患者に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・筋委縮・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又はリハビリテーション等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いたします。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（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。
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・筋委縮・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）に記載してください。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いたします。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

～省略～

幸野委員提出資料

R 8 . 3 . 2 7