

ご利用料金のお知らせ(変形徒手矯正術)

ご利用料金については、厚生労働省保険局により定められたものとなります。

【健康保険適用】下記料金にて施術を受けるには、**医師の同意**が必要になります。

マッサージ術と併術した場合、1肢につき450円が加算されます。

【変形徒手矯正術】

保発0531第2号

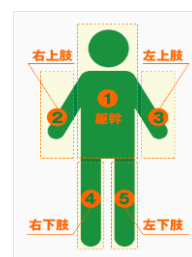
| 術数 往療料金 | 例) マッサージ5局所(1,750円)の場合 ※マッサージ1局所(350円) | | | |
|-------------------------|--|------------|--------------|--------------|
| | 1肢加算(450円) | 2肢加算(900円) | 3肢加算(1,350円) | 4肢加算(1,800円) |
| 0~4.0km (2,300円) | 1割:450円 | 495円 | 540円 | 585円 |
| | 2割:900円 | 990円 | 1,080円 | 1,170円 |
| | 3割:1,350円 | 1,485円 | 1,620円 | 1,755円 |
| 4.01~16.0km (2,550円) | 1割:475円 | 520円 | 565円 | 610円 |
| | 2割:950円 | 1,040円 | 1,130円 | 1,220円 |
| | 3割:1,425円 | 1,560円 | 1,695円 | 1,830円 |

枠内は施術料+往療料の合計になります。

【肢数】 主治医が記載した同意書の項目欄に肢数を選定する箇所がございます。

右上肢・右下肢・左上肢・左下肢の計4肢で選定されます。

【往療料金】 担当させていただく施術者が保健所へ届出た住所地から利用者さまの
居場所までの直線距離で往療距離を算定いたします。



(例)健康保険:1割負担の利用者さまが マッサージ全身(5局所)+変形徒手矯正術(4肢)を

おこなう場合、一部負担金は **585円~610円 / 1回** になります。

~施術時間、健康保険適用に係る医療助成について~

【施術時間】 利用者さまの身体状況に合わせて、**25分~30分**を目安におこなっております。

【医療助成】 **被爆者手帳**や**重度障害者医療費受給者証**<注1> をお持ちの方は、
自己負担なくご利用いただけます。 ※生活保護受給者も自己負担なし

<注1> 保険証住所が**広島市**の場合は自己負担なくご利用いただけますが、
市によっては200円/1回となる場合もございます。

~変形徒手矯正術とは~

関節可動域に制限を来する病状において、この可動域を拡大する(元の状態に回復)

目的をもって行われる「徒手による矯正術」と厚生労働省で定められています。



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 | マッサージ (躯幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢) | |
| 施術部位 | 変形徒手矯正術 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢) | |
| 往療 | 1. 必要とする 2. 必要としない | |
| | 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つての外出が困難 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) | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名</p> | | |

※ 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。

【療養費同意書交付料】 主治医が当該診察に基づき、療養費の支給対象と認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る同意書または診断書を交付した場合に算定されます。

* 変形徒手矯正術に係る同意書有効期間は**1ヶ月**になります。

診療報酬点数 100点 (1割負担:100円 2割:200円 3割:300円)

【施術報告書交付料】 同意書有効期間が切れ、再び同意書申請する際に担当施術者が施術報告書を作成し、主治医ならびに保険者へ申請します。その際に係る交付料です。

交付料 480円 (1割負担:48円 2割:96円 3割:144円)