

訪問しんきゅうマッサージ『もみのき』ご利用案内（もみのき提出用）

① 訪問時間

- 原則 施術日時
 - 月曜日～金曜日：午前9時～午後5時
 - 土曜日：午前9時～12時
 - お休み：日曜日、お盆、GW、年末年始、他
- ※時間外での訪問も相談ください。祝祭日はお休みになる場合もあります。

② 施術時間・訪問スケジュール

- 1回の施術時間は20分程度、週1～3回までとさせていただきます。
- 訪問時刻・曜日・回数等はご希望をお伺いし、各関係者と相談の上決定します。
- ※ご希望の日時に予定できない場合や、施術開始後に予定が変更になる事があります。
- ※お休みのご連絡は、可能な限り前日の17時までにお知らせください。ご連絡なく、直前のお休みやご不在で施術ができなかった場合は、訪問経費(500円程度)を申し受ける場合がございます。

③ 主治医の同意について

医療保険適用での施術・継続には、厚生労働省の定めにより以下の事項が必要となります。

- マッサージ：「マッサージ」「マッサージ温電法」の同意書取得(6ヶ月ごと)、「変形徒手矯正術」の同意書取得(1ヶ月ごと)
- はり・きゅう：はり、きゅう施術の同意書取得(原則6ヶ月ごと)
- ※同意書取得は患者様またはご家族から主治医へご依頼ください(委任状による当所での書類作成代行・受け渡しも承ります)。
- ※同意書発行料は主治医へ直接お支払いください(1割負担の場合：100円)。
- ※6ヶ月ごとに主治医への報告書交付料(1割48円、2割96円、3割144円)が治療費と合わせて請求となります。

④ 治療費について

- 治療費は「施術料金」＋「訪問施術料」の合計に、医療保険の負担割合(1～3割)を乗じて算定します。
- ※料金は厚生労働省が定めた算定基準に基づいて算定し、料金改定時に変動いたします。
- ※具体的な治療費については、別紙の料金表のとおりとなります。
- お支払い：月の末日で計算し翌月初めに請求します。原則、翌月15日に口座振替となります(非営業日の場合は翌営業日)。

⑤ ご利用に際してのお願い

1. 訪問時、速やかに施術が開始できますようご協力をお願いいたします。
2. 感染症予防のため、施術前後に洗面所をお借りしての手洗い等をお願いしております。また、施術に使用する薄手のフェイスタオルを1枚ご用意ください。
3. 道路状況、天候、交通事情などの理由により、訪問時刻が前後する場合があります。大幅に遅れる場合(目安として15分以上)は、可能な限り事前にお電話にてご連絡いたしますが、運転中や状況により直前でのご連絡が難しい場合もございますので予めご了承ください。
4. 保険証(医療・介護)の種類や番号、介護度等に変更があった場合は、お知らせの上コピーをご用意ください。
5. 主治医変更の場合もご連絡をお願いします。
6. スケジュール変更やお休みは事前にお知らせください。連絡忘れ等は訪問経費が発生することがあります。
7. お茶、お菓子等、またスタッフへの贈り物は固くご遠慮させていただきます。

⑥ 施術を受ける際の注意事項

- 風邪、発熱、血圧の変化、吐き気、胃腸痛など体調がすぐれない場合は、施術を行わない、または中止することがあります。
- 転倒の有無、打撲後、打撲痛、理由のない痛みなどは、安全な施術を受けるため必ず事前にお申し出ください。
- 過去の傷病、骨粗鬆症の診断・疑いがある方は、安全確保のため必ず事前にお知らせください。
- 身体状態に回復が見られた場合には、関係各所と相談の上、回数の変更または終了となることがあります。
- 安全で円滑な施術環境を維持するため、スタッフに対する暴言・暴力行為・威圧的な言動など、信頼関係を損ねる事態が生じた場合は、施術を中止、または以降のご利用をお断りすることがございます。
- 大切なご家族であるペット(犬など)につきましても、施術中の安全確保のため、別室への移動など、安全に配慮したご対応をお願いいたします。

⑦ 患者様の安全のために

- 安全な施術のため、関係機関(担当ケアマネジャー・医療機関等)と相互に情報提供や報告を行っています。
- 当所は個人情報保護法その他関係法令を遵守し、責任を持って患者様の個人情報を保護いたします。

訪問しんきゅうマッサージ『もみのき』確認・同意書

【ご利用に関する確認・承諾書】

私は、表面に記載された「ご利用案内・注意事項等」の内容についてすべて確認し、承諾します。

令和 年 月 日

患者様氏名: _____

代筆者氏名: _____ (続柄: _____)

【療養費明細書の一括交付に係る同意書】

訪問しんきゅうマッサージ もみのき 施術所 様

私は、施術の内容がわかる明細書について、1か月分をまとめて発行することを希望します。

令和 年 月 日

患者様氏名: _____

代筆者氏名: _____ (続柄: _____)