

# 同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

傷病名	
-----	--

発病年月日	昭・平 年 月 日 ・ 不詳
-------	----------------

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・温罨法                      2. 変形徒手矯正術
-------	--

施術部位	1. 体幹   2. 右上肢   3. 左上肢   4. 右下肢   5. 左下肢
------	---

往療	1. 必要とする                                      2. 必要としない
----	---

往療について必要とする理由	1. 歩行困難                                      2. 歩行不可能
---------------	---

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。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医師名

