

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	
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	
往療	1. 必要とする 2. 必要としない	

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 _____

保険医氏名 _____ ㊞