

# 同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
傷病名		
発病年月日	昭和 年 月 日 不詳 平成	
医師初診日	昭和 年 月 日 平成	
施術の種類 (で囲んでください)	1. マッサージ (体幹、右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	
	2. 変形徒手矯正術 (右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	
	3. 温罨法 4. 電気光線	
施術期間 回数	平成 年 月 日より ( )ヶ月間 月 ( 5回 10回 15回 20回 25回 )程度 毎日	
往療の必要性 とその理由	必要とする 必要としない	
	自立での通院困難 寝たきりの為 その他 ( )	
長期施術の意 見書欄	診断の結果継続してマッサージの施術を必要とする 施術の経過から症状の改善が見込まれるまで継続して マッサージの施術を必要とする その他 ( )	
上記の者診断の結果、頭書の疾病により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 _____ 印 _____		