

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 昭和・平成 年 月 日
傷病名 及び症状		
発病年月日	昭和 平成 年 月 日	不詳
医師初診日	昭和 平成 年 月 日	
施術の種類 (レ点でチェックして 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	
加療期間	平成 年 月 日より (ヶ月)	
往療の必要性 とその理由	<input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない	
	<input type="checkbox"/> 自立での通院困難 <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 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		