

同意書

(マッサージ医療費用)

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. 全身 2. 体幹 3. 右上肢 4. 左上肢 5. 右下肢 6. 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	
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保健医療機関名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 険 医 氏 名 印</p>		