

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		
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. 筋萎縮 4. 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 3. マッサージ	
施術の部位	1. 全身 2. 右上肢 3. 右下肢 4. 左上肢 5. 左下肢 6. 躯幹	
発病年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 不詳	
往療の必要性	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. 寝たきりで通院不可能 2. 自力で歩行困難又は不可能	
備考		

上記の者については、頭書の疾病により療養のため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

印