

同意書

(マッサージ療養費用)

| | | |
|---|---|-------------|
| 患者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 |
| 傷病名 | | |
| 発病年月日 | 昭和・平成 年 月 日 ・ 不詳 | |
| 症状 | 1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. 四肢筋力低下 4. その他 () | |
| 施術の種類 | 1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術 3. 温罨法 | |
| 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 | |
| <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>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 印</p> | | |