

# 同意書 (マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日
傷病名		
発病年月日	昭・平 年 月 日	
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 2.変形徒手矯正術 3.温罨法	
施術部位	1.全身 2.躯幹 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	

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。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印