

# 同意書 (マッサージ療養費用)

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	
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				
施術部位	1. 躯幹 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				

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

