

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		<input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 筋麻痺 <input type="checkbox"/> その他 有り		
発病または負傷の年月日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳		
施術の種類		<input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 変形徒手矯正術		
施術の部位		<input type="checkbox"/> 躯幹 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢		
往療の必要性		<input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 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

住所

保険医氏名

㊞

平成十六年十月発行保医発一〇〇二〇二号

複製不可