

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	昭和・平成 年 月 日	
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()	
施術の種類 及び部位	1. マッサージ	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢
	2. 変形徒手矯正術	1. 右上肢 2. 左上肢 3. 右下肢 4. 左下肢
往 療	1. 必要とする 2. 必要としない	

上記のものについては、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