

同意書

マッサージ用

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷病名 及び 症状	_____による 1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他（症状）	
発病年月日	昭和・平成 年 月 日・不詳	
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術	
施術部位	1. 全身 2. 軀幹 3. 右上肢 4. 左上肢 5. 右下肢 6. 左下肢	
往療の必要性	必要 / 不要	
	1. 歩行困難 2. 歩行不可能 3. その他（必要とする理由）	
<p>上記の者、診断の結果、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 所在地 保険医氏名 _____ (印)</p>		