

# 同意書 (マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	
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 (訪問マッサージ)	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

㊞