

# 同意書

( マッサージ療養費 )

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・不詳 (初診日 年 月 日)	
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. 筋萎縮 4. 筋固縮 5. 疼痛 6. 運動機能障害 7. 四肢筋力低下 8. その他 ( )	
施術の種類	1. マッサージ (体幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢 に施術)	
	2. 温罨法・電気光線療法	
	3. 変形徒手矯正術 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢 に施術)	
往 療	[必要とする理由] ・歩行困難 ・自力での通院困難 ・その他 ( )	

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

印