

## 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・平 年 月 日	
症状	1.筋麻痺	
	2.間接拘縮	
	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	1.必要とする 2.必要としない	
<p>上記の者については、頭書の疾病により療養の為の医療上の 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</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 <span style="float: right;">印</span></p>		