

同意書

(マッサージ・徒手矯正用)

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. 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 3. 温罨法 4. 温罨法(電気併用)			
マッサージの 施術部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢			
変形徒手矯正 の施術部位	1. 右上肢 2. 左上肢 3. 右下肢 4. 左下肢			
往療の有無と その理由	有・無	有の場合 その理由	①歩行困難のため ②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