

同意書（マッサージ療養費用）

氏名	
住所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷病名	
発症年月日	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.全部位 2.身軀 3.右上肢 4.左上肢 5.右下肢 6.左下肢
往療	1.必要とする 2.必要としない 必要とする理由()

上記の者については、頭書の疾病により療養のため医療上のマッサージが必要と認め、マッサージ施術に同意する。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

保険医名

印