

同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治 昭和 大正 平成 年 月 日
傷病名		
発病年月日	昭和 平成 年 月 日	不詳
医師初診日	年 月 日	
症状	1. 筋麻痺	
	2. 関節拘縮	
	3. その他()	
施術の種類 (○で囲んで下さい)	1. マッサージ (体幹、右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	
	2. 変形徒手矯正術 (右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	
	3. 温罨法 4. 電気光線	
施術期間	平成 年 月 日より	※マッサージは法定期間、 変形徒手矯正術は1ヵ月間
往療の必要性の有無と(必要とする場合の)理由	必要とする 必要としない (○で囲んで下さい) 1. 寝たきり 2. 歩行困難 3. (治療院へ) 通院困難 4. その他 ()	
上記の者診断の結果、頭書の疾病により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 ⑧		

※初療の日(施術期間開始日)が15日以前の場合は当該月の翌々月末日までとし、16日以降の場合は3ヶ月後の末日までとする。