

# 同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所				
	氏名				
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
傷病名	①			③	
	②			④	
発症年月日	昭和 平成	年	月	日	不詳
施術の種類 (○で囲んで ください)	1. マッサージ (□体幹、□右上肢、□右下肢、左上肢、□左下肢)				
	2. 温罨法				
	3. 変形徒手矯正術 (□右上肢、□右下肢、左上肢、□左下肢)				
施術期間 回数	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 月 ( □5回 □10回 □15回 □20回 □25回 ) 程度 □毎日				
往療の必要性 とその理由	<input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 自立での通院困難 <input type="checkbox"/> 寝たきりの為              その他(                      )				
長期施術の 意見書欄	<input type="checkbox"/> 診断の結果、機能回復の為に継続してマッサージの施術を必要とする <input type="checkbox"/> 施術を中止した場合に身体機能が低下する恐れがあり継続して施術を必要とする その他(                      )				
<p>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</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 _____ (印)</p>					