

マッサージ同意書

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	大・昭・平 年 月 日 ・ 不詳	
症状 (該当箇所を○で 囲んでください)	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()	
施術の種類 (該当箇所を○で 囲み、施術箇所を チェックしてくだ さい)	1. マッサージ (□躯幹・□右上肢・□左上肢・□右下肢・□左下肢) 2. 変形徒手矯正術 (□右上肢・□左上肢・□右下肢・□左下肢) 3. 温罨法 (□必要とする・□必要としない)	
往療 (該当箇所を○で 囲んでください)	1. 必要とする 理由：□歩行困難 □その他 () 2. 必要としない	
上記の者について、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		
印		