同　意　書　（マッサージ療養費用）

患　　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
傷病名		
発病年月日	年　　月　　日	
初診年月日	年　　月　　日	
要加療期間	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．マッサージ・温罨法　３．変形徒手矯正術	
施術部位	１．躯幹　２．右上肢　３．左上肢　４．右下肢　５．左下肢	

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。

年　　月　　日

所　在　地

保険医療機関

保険医氏名　　㊞

電話番号

医療機関ｺｰﾄﾞ