

同意書 (あんま・マッサージ療養費用)

患 者	住 所					
	氏 名					
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	
傷 病 名						
発 病 年 月 日	昭・平	年	月	日		
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()					
初診にて同意を行った 場合における特記 (該当する場合のみ)	[] ※初診にて同意を行った場合は、同意は主治の医師が行うという観点から、同意に至った特段の理由をお書きください。 (例：前医からの情報提供)					
施 術 の 種 類	1. マッサージ	軀幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
※療養が必要な部位のみ 選択して下さい	2. 変形徒手矯正術	右上肢	左上肢	右下肢	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： [] ※往療は真に安静を必要とするやむを得ない理由 (移動することで症状が悪化するなど) がある場合等が該当となります。					
<p>上記の者については、診察の結果、療養のための医療上のあんま・マッサージが必要と認め、あんま・マッサージの施術に同意する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">保 険 医 療 機 関 名</p> <p style="margin-left: 40px;">所 在 地</p> <p style="margin-left: 40px;">保 険 医 氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 40px;">印</p>						