

同意書

(マッサージ用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
傷病名		
症状		
発病年月日	年 月 日	
経過・指示		
同意期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
施術の種類	1・マッサージ(1・体幹 2・右上肢 3・左上肢 4・右下肢 5・左下肢)	
	2・温罨法 (1・体幹 2・右上肢 3・左上肢 4・右下肢 5・左下肢)	
	3・変形徒手矯正 (1・右上肢 2・左上肢 3・右下肢 4・左下肢)	
往療	(必要とする理由)	
	1・歩行困難	
	2・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		
保健医療機関名		
所在地		
保険医 氏名		
印		