同　意　書　（マッサージ療養費用）

患　　者	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
傷　病　名		
発病年月日	昭・平　　年　　月　　日　　不詳	
症　　状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他（要チェック） ☐ 筋固縮　☐ 筋萎縮 ☐ 運動機能障害　☐ 筋力低下	
施術の種類	1. マッサージ　　2. 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	
往　　療	1. 必要とする　　2. 必要としない	

上記の者については、頭書の疾病により療養のため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。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名　　印