

同意書

(マッサージ用)

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	昭・平 年 3月 3日 不詳	
症状	1. 関節拘縮 2. 筋麻痺 3. その他 ()	
施術の種類	1. マッサージ 2. 温罨法 3. 徒手矯正術	
施術の部位	1. 体幹 2. 右上肢 3. 右下肢 4. 左上肢 5. 左下肢	
往療	1. 必要とする 2. 必要としない	

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

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印