

# 同意書 (あん摩・マッサージ療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	平成 年 月 日	
初診年月日	平成 年 月 日	
要加療期間		
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. 軀幹 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の医療上のあん摩・  
マッサージが必要と認め、あん摩・マッサージの施術に同意する。

平成 年 月 日

所 在 地

保険医療機関

保 険 医 氏 名

印

電 話 番 号

医療機関コード