

## 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	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日
傷 病 名		
発 病 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日	
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. 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 に 関 す る 同 意	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。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所 在 地

保 険 医 名

印