

同意書 (あんま・マッサージ・指圧)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
傷 病 名		
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()	
発病年月日	年 月 日	
初診年月日	年 月 日	
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	1. 必要 理由 () 2. 不要	
要加療期間		
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。 年 月 日 所 在 地 保 険 医 療 機 関 保 険 医 氏 名 ④ 電 話 番 号 医 療 機 関 コ ー ド		