

同意書 (往療マッサージ 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
症状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. 筋萎縮 4. その他()	
状態	歩行困難 ・ 歩行不能 ・ 寝たきり	
上記原因病名		
施術指定部位	全部位 または 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ 体幹 (全部位とは四肢と体幹の合計5部位をさします)	
発病年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
往療の必要性	1. 必要とする 2. 必要としない	

頭書の理由により往療のマッサージ施術に同意します。

平成 年 月 日

保険医療機関名 _____

所在地 _____

保険医名 _____ (印)