

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 月 日	
症状		
同意期間	自 平成 年 月 日	
	至 平成 年 月 日	
施術の種類	1. マッサージ () 局所の施術に同意する 2. 温罨法に同意する 3. 変形徒手矯正術 () 肢に同意する	
往 療	(必要とする理由)	
	1. 歩行困難 2. その他 ()	

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