

同意書			(鍼灸マッサージ療養費用)					
患 者		住 所						
		氏 名						
		生年月日	明・大・昭	年	月			
マ ッ サ ー ジ	傷 病 名							
	発病年月日	昭	・	平	年	月	日	不詳
	症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 () <input type="checkbox"/> 四肢筋力低下 <input type="checkbox"/> 四肢体幹機能障害						
	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.必要とする 2.必要としない						
鍼 灸	病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()						
	発病年月日	昭	・	平	年	月	日	不詳
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 鍼灸マッサージが必要と認め、鍼灸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								