

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				
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所 在 地</p> <p>保険医氏名 印</p>						