

同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所			
	氏名		明治 大正 昭和 平成	年 月 日
傷病名				
症状	<input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 筋麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢筋力低下 <input type="checkbox"/> その他()			
発病年月日	昭・平 年 月 日 ・ 不詳			
施術の種類	<input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 温罨法 <input type="checkbox"/> 変形徒手矯正術			
施術部位	<input type="checkbox"/> 全部位(下記の5部位全部)			
	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
往療の必要性	<input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
上記内容につき、施術を受けることに同意する。				
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
医療機関名 (療養取扱医療機関)				
住 所				
電 話				
医 師 氏 名				
⑩				

同意書 (はり及びきゅう療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

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
-------	-----------

上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印