

マッサージ 施術同意書

| | | | | |
|--------------------------------|---|----------------|-----|-----|
| 患者 | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 日 |
| 傷病名 | | | | |
| 発病/負傷 年月日 | 1. 年 月 日 | | | |
| | 2. 不詳 | | | |
| 症状 | () 内は症状をご記入ください。 1. 麻痺疾患 () 2. 関節拘縮 () 3. その他 () | | | |
| 施術の部位 | 1. マッサージ 左上肢・左下肢 | 右上肢・ | 右下肢 | 躯幹 |
| | 2. 変形徒手矯正術 左上肢・左下肢 | 右上肢・ | 右下肢 | |
| 往療について | 必要とする理由: 1. 歩行不能 2. 歩行困難 3. その他 | | | |
| その他 | | | | |
| 診断の結果、マッサージ及び変形徒手矯正術の施術に同意します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | |
| 保険医療機関 所在地 | | | | |
| 電話番号 | | | | |
| 保険医 | | | | |
| (印) | | | | |