

## 同意書(あんま・マッサージ・指圧療養費用)

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	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他( )				
初診にて同意を行った場合における特記(該当する場合のみ)	※初診にて同意を行った場合は、同意は主治の医師が行うという観点から、同意に至った特段の理由をお書きください。(例:前医からの情報提供)				
施 術 の 種 類	1. マッサージ	軀 幹	右 上 肢	左 上 肢	右 下 肢 左 下 肢
	2. 変形徒手矯正術	右 上 肢	左 上 肢	右 下 肢	左 下 肢
	変形徒手矯正を必要とする理由: ※変形徒手矯正術は、癒着・拘縮等による患肢の変形の治療を行う必要があると認められる場合のみ該当となります。				
※療養が必要な部位のみ選択して下さい					
往 療	1. 必要とする		2. 必要としない		
	必要とする理由: ※往療は真に安静を必要とするやむを得ない理由(移動することで症状悪化となるなど)がある場合等が該当となります。				
上記の者については、診察の結果、保険医療機関のみでは十分な治療目的を果たすことができないため、療養のための医療上のマッサージが必要と認め、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