

# 同意書

(マッサージ用)

患者	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	
施術の種類	1. マッサージ・温療法 2. マッサージ 3. 変形徒手矯正法	
往療	(必要とする理由) 1. 歩行困難  その他	
上記の通り施術に同意する		
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
保険医療機関名 _____		
所在地 _____		
保険医氏名 _____ (印)		