

同意書

患 者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	明治・昭和 大正・平成 年 月 日
傷 病 名		
発 病 年 月 日	昭和 年 月 日 平成	
症 状 (主訴を含む)	1. 筋麻痺 2. 筋力低下・萎縮 3. 関節拘縮 4. その他 ()	

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

【 マッサージ ・ 変形徒手矯正術 】が必要と認め施術に同意する。

要施術部位はマッサージ【 躯幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 】

変 形 徒 手 矯 正 術 【 躯幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 】とする。

往療 【 必要とする ・ 必要としない 】

往療を必要とする理由 【 歩行困難 ・ 通院が困難 ・ その他 】

平成 年 月 日

保 険 医 療 機 関 名

所 在 地

保 険 医 氏 名

印