

同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	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 平成 年 月 日	不詳
医師初診日	年 月 日	
施術の種類 (○で囲んでください)	1. マッサージ (体幹、右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	
	2. 変形徒手矯正術 (右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)	
	3. 温罨法 4. 電気光線	
施術期間 回数	平成 年 月 日より 月 (5回 10回 15回 回) 程度	※マッサージの場合は法定期間 変形徒手矯正術の場合は1ヶ月間
往療の必要性 の有無とその 理由	必要とする 必要としない (○で囲んで下さい)	
上記の者診断の結果、頭書の疾病により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)		

※初療の日(施術期間開始日)が15日以前の場合は当該月の翌々月の末日までとし、16日以降の場合は3ヶ月後の末日までとする。(保医発 0526002号)

中間法人 東京都はり灸マッサージ師会 会員用