

(注意) アイ「生年月日」の欄の年号は、該当する文字をで囲んでください。  
 「症状並びに往療の必要性」「施術の部位」「施術を受ける必要回数」の欄は、該当するにチェックをしてください。

マッサージ施術同意書			
施術を受ける患者名	住所		
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷病名			
発病・負傷年月日	昭和 平成 年 月 日	医療機関の初診年月日	昭和 平成 年 月 日
症状並びに往療の必要性	筋麻痺                      その他 関節拘縮 運動機能障害  上記症状により歩行困難のため往療が必要と認める。		
施術の部位	全身（全身とは四肢と躯幹の5部位のこと） または、      左上肢      右上肢 左下肢      右下肢      躯幹（体幹）		
施術を受ける必要回数	毎日 15回程度/月	20回程度/月 10回程度/月	
施術に同意した理由			
上記のとおり、マッサージ師の施術を受けることに同意する。			
平成 年 月 日			
療養取扱機関			
所在地			
名称			
電話番号			
保険医氏名			
			印