

同 意 書 (マッサージ・徒手矯正用)

患 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	明・大・昭・平	年
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.マッサージ術 2.変形徒手矯正術 3.温電法 4.温電法(電気併用)		
マッサージの 施術部位	1. 軀 幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢		
変形徒手矯正 の施術部位	1. 右上肢 2. 左上肢 3. 右下肢 4. 左下肢		
往療の有無と その理由	有・無	有の場合 その理由	① 歩行困難のため ② 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)			

静岡県保険鍼灸マッサージ師会・会員用

[構成団体=(社)静岡県鍼灸マッサージ師会・(社)静岡県鍼灸師会・(社)静岡県視覚障害者協会]