同　　意　　書　（あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ療養費用）

患　　者	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	明・大・昭　　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　（　　）	
初診にて同意を行った場合における特記(該当する場合のみ)	〔　　〕 ※初診にて同意を行った場合は、同意は主治の医師が行うという観点から、同意に至った特段の理由をお書きください。　（例：前医からの情報提供）	
施術の種類 ※療養が必要な部位のみ選択して下さい	1. マッサージ	躯幹　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢
	2. 変形徒手矯正術	右上肢　左上肢　右下肢　左下肢
往　　療	1．必要とする　　2．必要としない。	
	必要とする理由： 〔　　〕 ※往療は真に安静を必要とするやむを得ない理由（移動することで症状が悪化するなど）がある場合等が該当となります。	

上記の者については、診察の結果、療養のための医療上のあんま・マッサージが必要と認め、あんま・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 _____ ㊞