同　　意　　書（マッサージ療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日
病　名		
発病年月日	昭・平　　年　　月　　日 ・ 不詳	
初診年月日	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・温罨法　　2. 変形徒手矯正術	
施術の部位	1. 体幹　2. 右上肢　3. 左上肢　4. 右下肢　5. 左下肢	
往　療	1. 必要（理由：　　）　　2. 不要	
備　考		

上記の者については、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

医療機関名

所　在　地

保険医氏名　　印

〒490-1144　愛知県海部郡大治町西條土井ノ池97-1　おおはる治療院
はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧師　伊坪正行　052-444-5524