同意書（マッサージの施術に係る療養費用）

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
傷病名		
発病日	昭和・平成　　年　　月　　日　　不詳	
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　　２　変形徒手矯正法	
施術部位	１　体幹　　２　右上肢　　３　左上肢 ４　右下肢　　５　左下肢	
往療	１　歩行困難で往療必要　　２　歩行可能で往療不要	

上記の者は、上記の疾病・症状を有し、保険医療機関で治療目的を十分に果たすことができないため、麻痺の緩解、関節可動域の拡大、筋力増強等のために医療上のマッサージの施術を行うことに同意する。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名　　㊞

注　原則として、上記疾病の主治医が記入してください。