

同意書 (マッサージ療養費用)

患者	住所	山形市十日町 2 - 5 - 1
	氏名	紅花 花子
	生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> 大・昭・平 10 年 2 月 11 日
傷病名	脳梗塞後遺症	
発病年月日	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 15 年 4 月 5 日	
症状	<div>①・筋麻痺 ②・関節拘縮 3・その他 (</div> <div>当てはまる症状に○をつけてください</div> <div>拘縮が著しい場合は 変形徒手矯正術にも ○をつけてください。</div>	
施術の種類	①・マッサージ ②・変形徒手矯正術	
施術部位	①・躯幹 ②・右上肢 ③・左上肢 ④・右下肢 ⑤・左下肢	
往療	①・必要とする 2・必要としない	

自力二足歩行による通院が
困難な場合は「必要とする」
に○をつけてください。

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 21 年 12 月 16 日

保険医療機関名 ○×クリニック

所在地 山形市〇〇町 1 - 1 - 1

保険医氏名 山形 太郎

