

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"/> ・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"/> 年 15 月 4 月 5 日	
症 状	<input checked="" type="radio"/> 1・筋麻痺 <input checked="" type="radio"/> 2・関節拘縮 3・その他 () 当てはまる症状に○を つけてください 拘縮が著しい場合は 変形徒手矯正術にも	
施術の種類	<input checked="" type="radio"/> 1・マッサージ <input checked="" type="radio"/> 2・変形徒手矯正術 ○をつけてください。	
施術部位	<input checked="" type="radio"/> 1・躯幹 <input checked="" type="radio"/> 2・右上肢 <input checked="" type="radio"/> 3・左上肢 <input checked="" type="radio"/> 4・右下肢 <input checked="" type="radio"/> 5・左下肢	
往 療	<input checked="" type="radio"/> 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

