

# マッサージなどの治療ご同意のお願い

先生御侍史

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、下記患者さんが係る症状にて保険によるマッサージなどの治療を希望されています。

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住 所						
主 訴						
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. 変形徒手矯正術					
施術の部位	1. 軀幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢					

同意書交付につきましては「療養費同意書交付料」が算定いただけます。先生にはご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、ご高診の上、保険者指定の下記同意書をご交付賜りたく、患者さん共々お願い申し上げます。

平成 年 月 日

社団法人 京都府鍼灸マッサージ師会

住 所

施術師名

㊤

キ リ ト リ セ ン

同 意 書 (マッサージ療養費用)						
患 者	住 所					
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平	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 ( )					
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術					
施術の部位	1. 軀幹 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					
上記の者については、頭書の症状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 年 月 日						
保険医療機関名						
所 在 地						
保 険 医 氏 名						
㊤						