

マッサージ施術同意書

患者	住所				
	氏名	昭和 平成	年	月	日
傷病名 (又は症状)					
発病・負傷年月日	昭和 平成	年	月	日	
症状経過 及び 同意理由					
施術の部位	体幹 ・ 右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢				
施術を必要と 認めた期間	平成	年	月	日	～ 平成 年 月 日
往療の必要性	必要とする ・ 必要としない				
施術を必要と認めた 期間内に施術を 受ける必要回数	毎日 月20回程度 ・ 月15回程度 ・ 月10回程度 ・ 月5回程度				
指定の施術者の 住所・氏名					
上記のとおり施術を受けることに同意する。					
年 月 日					
療養取扱機関・保険医			住所		
			氏名	印	
			電話 ()		

(注意事項)

イ. 「施術の部位」、「施術を受ける必要回数」、「往療の必要性」欄は必要とする部位、回数及び字句を○印で囲んで下さい。
 ロ. 「施術を必要と認めた期間」は3か月を限度とし、3か月以上にわたり施術の必要が生じた場合は、3か月又は端数ごとに改めて同意書を交付して下さい。