

同 意 書 (あんま・マッサージ用)

患 者	住 所						
	氏 名						
	生年月日	年	月	日			
傷 病 名							
発病年月日	年	月	日				
初診年月日	年	月	日				
施術の種類 (○で囲んでください)	1. マッサージ (体幹・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)						
	2. 変形徒手矯正術 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)						
	3. 温罨法		4. 電気光線				
施術を必要と 認めた期間	年	月	日	から	年	月	日
往療の必要性の 有無とその理由	必要とする 必要としない (○で囲んでください)						
	(理由)						
<p>上記により施術を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">保険医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">所 在 地 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">保 険 医 氏 名 _____ ㊞</p>							