

診断同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所				
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
傷病名					
発症年月日	昭和・平成	年	月	日	
症状 (主訴を含む)	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				
施術部位	1. 躯幹	2. 右上肢	3. 左上肢	4. 右下肢	5. 左下肢
往療の有無	往療を	要する	・	要しない	
施術の種類	マッサージ・変形徒手矯正術				

上記の者 診断の結果、施術に同意する

平成 年 月 日

保険医療機関名

(療養取扱医療機関)

所 在 地

保険医氏名

(国民健康保険医)

(印)