あんま・マッサージ 施術同意書

患　　者	氏　名			
	生 年 月 日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和	被保険者 番号	
	住　所			
傷 病 名				
症状	筋 麻 痺	（筋麻痺のある部位に〇をしてください。） 躯幹　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢		
	関節拘縮	（関節拘縮のある部位と、左右の別に〇をしてください。） 肩　（右 ・ 左）　肘　（右 ・ 左）　手　（右 ・ 左） 膝　（右 ・ 左）　足　（右 ・ 左）　頸部　腰部　股関節		
	そ の 他	（具体的に記載してください。）		
施術の種類と 施 術 部 位	マッサージ	躯幹　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢		
	変形徒手矯正術	右上肢　左上肢　右下肢　左下肢		
歩行の状況と 往療の必要性	□自立　□杖等を使用　□車椅子（操作：可・不可）　□歩行不可			
	□必要としない　□自力での歩行困難な為必要　□寝たきりのため必要 □左記理由により必要　（　　）			

上記により施術を受けることに同意する。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関
所　在　地
電 話 番 号
名　　称
保険医氏名　　㊞