

# あんま・マッサージ 施術同意書

患 者	保険種別	群馬県後期 高齢者医療	その他 ( )	被保険者番号		
	氏 名				生 年 月 日	明治 大正 年 月 日 昭和
	住 所					
傷 病 名						
発病/負傷 年 月 日						
発病/負傷 の日から現 在までの症 状経過及び 施術に同意 した理由						
施術 の 部位	左	上 肢 下 肢	右	上 肢 下 肢	軀 幹	
施術を必要と認めた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日					
1ヶ月に施術を受ける必要 回数及び往療の要否	毎 日 10回程度 15回程度		10回程度 20回程度		必要とする 往療を 必要としない	
施術者の住所・名称・氏名						
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						
⑩						