

# 同意書

(マッサージ用)

患者	住所	〇〇市〇〇町 1-2-3			
	氏名	そわか 太郎			
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日生			
傷病名	左脳梗塞 右半身麻痺				
発病年月日	昭和・平成	〇〇年 〇月 〇日生			
症状	① 麻痺疾患 ② 関節拘縮 3. その他 ( )				
初診にて同意を行った場合における特記					
施術の種類	1. マッサージ	① 躯幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢			
	2. 変形徒手矯正術	② 右上肢 ③ 左上肢 ④ 右下肢 ⑤ 左下肢			
	変形徒手矯正を必要とする理由	癒着・拘縮による患肢の治療を行う必要があると認められる			
往療 (○をつける)	・ 必要とする		・ 必要としない		
	必要とする理由：上記疾患の為、歩行困難である				
上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、 マッサージの施術に同意する。					
平成〇〇年 〇月 〇日					
保険医療機関名		〇 〇 病院			
所在地		〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
保険医氏名		〇 〇 〇 〇 ㊟			