同　意　書　（マッサージ療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
傷病名		
発病年月日	昭・平　　年　　月　　日	
症　状	1. 筋　麻　痺 2. 関節拘縮 3. そ　の　他（　　）	
施術の種類	1. マッサージ　　2. 変形徒手矯正術　　3.温罨法	
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	1. 必要とする（　理由：　　）　2. 必要としない	

上記の者について、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　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名　　㊞

同　意　書　（はり及びきゅう療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
病　名	1. 神 経 痛 2. リ ウ マ チ 3. 頸腕症候群 4. 五 十 肩 5. 腰 痛 症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. そ の 他（　　）	
発病年月日	昭・平　　年　　月　　日	
往　療	1. 必要とする（ 理由:　　） 2. 必要としない	

上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関 名

所　在　地

保 険 医 氏 名　　㊞