同　意　書　(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日
傷病名		
発病年月日	昭・平・令　年　月　日	
同意区分	初回の同意　・　再　同　意　（○をつけて下さい）	
診察日	令和　年　月　日	
症　状	筋麻痺 筋萎縮	(筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい) 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について、○をつけて下さい) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首　その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首　（　）
	その他	(筋麻痺、筋萎縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合には記載下さい)
施術の種類 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　）	
往　療	1．必要とする　2．必要としない	
	往療を必要とする理由　介護保険の要介護度　（　）分かれば記載下さい 1．独歩による公共交通機関を使っての外出が困難 2．認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3．その他 （　）	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

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。

令　和　年　月　日

保険医療機関名

所　在　地

保険医氏名　印