

(記入例) 同意書 (あん摩マッサージ指圧療養費用)

患者	住所	東京都文京区〇〇-〇〇-〇〇
	氏名	文京 太郎
	生年月日	明・大・昭・平・令 1 年 1 月 1 日
傷病名	脳梗塞後遺症 及び 四肢廃用性萎縮	
発病年月日	不詳	
同意区分	初回の同意・再同意 (〇をつけて下さい)	
診察日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 (←診察日記載)	
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、〇をつけて下さい) 軀幹・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、〇をつけて下さい) 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) 上記疾病による四肢機能障害を有する
施術の種類 施術部位	マッサージ	(軀幹 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)
訪問又は 往療	1. 必要とする 2. 必要としない 院内での施術希望なら「2:必要なし」に〇	
	訪問又は往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれれば記載下さい	訪問希望なら「1」に〇をつけてもらう
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)	
<p>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。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日 (←「記入日」記載)</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名</p> <p style="text-align: center;">社判 押印可</p>		