

あ ん ま マ ッ サ ー ジ 施 術 同 意 書			
患 者	住 所		
	氏 名	(年 齡 歳)	
傷 病 名	診療開始日	年 月 日	症 状
	転 帰	年 月 日	中 止 経 過 繰 越
意 見	施 術	種 別	あんま・マッサージ・変形徒手矯正術
		範 囲	頭から尾頭までの身幹・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢
		回 数	1 週間 回 程 度
	往 療	必要とする。 必要としない。	
有 効 期 間		年 月 日 から	年 月 日 まで
<p style="text-align: center;">上記により施術を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">保 険 医 氏 名</p>			